**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CE-RG-048

Versión 1

F. Elaboración 27/05/2016

YO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_como paciente (O como su representante), con todas mis facultades, libre y voluntariamente EXPONGO: Que he sido correctamente INFORMADO/A por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de que es necesario que me realicen el procedimiento de tomas de muestras de sangre para análisis de las pruebas que se describen a continuación por cumplimiento de protocolo de accidente de riesgo biológico establecido por el Instituto de Capacitación Nuestra Señora de Fátima Ltda.

Información del procedimiento:

Un docente y/o estudiante del Instituto de Capacitación Nuestra Señora de Fátima Ltda ha sufrido un accidente biológico con su sangre, el cual podría producirle una enfermedad laboral; por eso solicitamos su consentimiento informado para realizarle los siguientes exámenes de laboratorio

Serología

Antígeno de superficie para HB (virus Hepatitis B)

Anticuerpo para HC (virus Hepatitis C)

VIH (virus Inmunodeficiencia Humana).

Estos virus se pueden transmitir a través de sangre infectada; el riesgo de infectarse disminuye con una profilaxis preventiva, ya que la persona accidentada debe iniciar lo antes posible.

Este procedimiento puede producir unas molestias mínimas:

- En el momento de la extracción puede notar un poco de dolor

- En el lugar del pinchazo puede aparecer un hematoma o un morado, que suele desaparecer en pocos días

Los resultados de los análisis son confidenciales y quedaran archivadas en su Historia Clínica.

DOY MI CONSENTIMENTO para la extracción de las muestras de sangre para cumplir con el protocolo de accidente de riesgo biológico Y, para que así conste firmo este documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente (0 su representante) Firma del profesional que informa el procedimiento

c.c. c.c.

NO DOY MI CONSENTIMENTO para la extracción de las muestras de sangre para cumplir con el protocolo de accidente de riesgo biológico Y, para que así conste, firmo este documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente (0 su representante) Firma del profesional que informa el procedimiento

c.c. c.c.