



ANEXO II – Resolução Cofen 556/2017

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - TCI**

**Autorização de procedimentos profiláticos**

Local do Atendimento: \_\_\_\_\_

Origem: Meios Próprios ( ) Unidade Pré Hospitalar ( ) Encaminhado(a) por: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Declaração de Consentimento do próprio paciente para exames e coleta de evidências forenses**

Eu, \_\_\_\_\_, por meio deste, autorizo a realização de anamnese, exame físico da minha pessoa, incluindo exame ginecológico, e outros procedimentos com fins de coleta de informações e de materiais que possam constituir vestígios relacionados à situação de violência, incluindo-se a recolha de sangue, urina, tecido ou outros espécimes e de vestuário, além da realização de fotografias e, ou, vídeo forenses.

**Declaração de Consentimento do Representante legal do paciente para exames e coleta de evidências forenses**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, por meio deste, autorizo a realização de anamnese, na paciente, incluindo exame ginecológico, e outros procedimentos com fins de coleta de informações e de materiais que possam constituir vestígios relacionados à situação de violência, incluindo-se a recolha de sangue, urina, tecido ou outros espécimes e de vestuário, além da realização de fotografias e, ou, vídeo forenses.

**Declaração de Consentimento quanto às medidas profiláticas**

Declaro ter recebido informações do(a) profissional de saúde a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais.

**Contracepção de Emergência**

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro.

Se a vítima for mulher em idade fértil: ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

**Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis**

Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.

Sífilis ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Gonorreia ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Infecção por Clamídia ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Infecção por Tricomonas ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Hepatite B ( ) Aceitou ( ) Não aceitou



**cofen**  
conselho federal de enfermagem

Filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

### Prevenção da Infecção pelo HIV

Medicamentos usados para diminuir a possibilidade de contrair o HIV após o contato sexual.

( ) Aceitou ( ) Não aceitou

### Realização de Exames

Sorologia para sífilis ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Sorologia para hepatite B e C ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Sorologia anti-HIV ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Teste de Gravidez ( ) Aceitou ( ) Não aceitou ( ) Não se aplica (crianças e homens)

### Coleta

Secreção Vaginal ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Secreção Oral ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Secreção Anal ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Material Subungueal ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

### Declaração de Orientações para Comunicação dos Fatos a Autoridade Policial

Declaro que fui devidamente orientada (o) sobre a importância de se registrar a ocorrência policial, ou caso já tenha registrado ou venha registra-la, afirmo estar ciente de que a presente documentação e o material coletado serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitados.

### Dos aspectos éticos da assistência à saúde

Por ocasião da assinatura deste Termo, ficam assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações referentes ao atendimento realizado nesta instituição, respeitando-se a dignidade, a intimidade e a autonomia do paciente no consentimento de tomada de decisão quanto aos exames e procedimentos realizados sem prejuízos aos cuidados de saúde.

\_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa em situação de violência ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do profissional de saúde

\_\_\_\_\_

Data

*Modelo de TERMO adaptado à realidade do Enfermeiro Forense extraído da Norma Técnica, 1ª Edição, 2015, Brasília/DF. (Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios). Secretaria de Políticas para as Mulheres/MS/MJ.*