



Coordenação Estadual de DST/AIDS

SVS/SESA
Curitiba, 2012



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1.626 DE 10 DE JULHO DE 2007.

Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso.

Pressupostos:

Saúde é direito fundamental- Constituição Federal; Lei nº 8.080

Promoção, proteção e recuperação da saúde.

Organização e funcionamento da rede integrada de serviços de saúde.



Processo de Trabalho na APS, SAE/ CTA e Hospitais.

Aconselhamento, pré-teste e pós-teste, quando da realização do exame e da entrega do resultado ao usuário;

Vinculação humanizada do cuidado integral à saúde;

Cumprir e fazer cumprir o direito de confidencialidade do diagnóstico e tratamento;

Facilitar o acesso e acessibilidade do usuário ao serviço de saúde, impacta na redução do abandono ao tratamento;

Gestão de caso e da clínica em curto espaço de tempo.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui devidamente esclarecido da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Declaro que se eu não comparecer nas datas agendadas de consultas, ou deixar de buscar os resultados dos exames abaixo discriminados :

Exame HIV () SIM () Não

Exame Sífilis () SIM () Não

Exame para Hepatite B () SIM () Não

Exame para Hepatite C () SIM () Não

Exame para Tuberculose () Sim () Não

Adesão/Cuidado Integral () SIM () Não



() Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

Telefone, () _____

Correio. Endereço: _____

E-mail: _____

Visita domiciliar. Endereço: _____

Outro meio de contato determinado pelo usuário:

Desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

_____, ____/____/_____

(Local)

(data)



() Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;

Nome do Usuário (letra de forma): _____

Assinatura do usuário ou impressão digital:

Nome do Representante Legal _____

Assinatura do Representante Legal ou impressão digital:

Nome do profissional de saúde em letra de forma ou carimbo e assinatura:

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

(Chico Xavier)



Elisete Maria Ribeiro
**Coordenação DST AIDS/
SVS / SESA-PR**