



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**COMISSÃO DE CONTROLE DO SIDA**  
**Termo de Consentimento Informado**

Eu, ....., confirmo que:

- Recebi informação básica sobre o HIV/SIDA (Sintomas, evolução e transmissão).
- Recebi informação suficiente sobre a terapia antiretroviral e tive a oportunidade de discutir como pessoal da consulta HIV/SIDA e de perguntar tudo o que quis.
- Compreendo e aceito que enquanto os antiretrovirais beneficiam muitas das pessoas que os tomam, estes medicamentos não são a cura da SIDA e não garantem que eu não fique doente no futuro.
- Compreendo e aceito, que os antiretrovirais podem causar efeitos secundários que podem ser severos, e que estes me foram explicados.
- Prometo fazer de tudo para aderir ao tratamento (tomando os medicamentos todos os dias, fazendo bom seguimento das consultas marcadas e das análises requeridas). Sei que se o falhar, por razões médicas ou outras, irá ter um efeito muito negativo no resultado do tratamento.
- Fui informado que o hospital estará sempre aberto a receber-me em caso de necessidade minha, seja por aparecimento de problemas de saúde ou por dúvidas que queira esclarecer.
- Engajo-me a praticar sexo seguro (uso de preservativo).
- Compreendo e aceito que os dados médicos pessoais serão conhecidos e analisados, mas a informação que me identifica será mantida confidencial e não será revelada.
- Em resumo, eu confirmo que fui suficientemente informado(a) e quero iniciar o tratamento antiretroviral, assim sendo assino este compromisso voluntariamente.

**Data:** ...../...../200.....

**Lugar:** .....

.....  
(Assinatura e nome completo do Paciente)

.....  
(Assinatura e nome completo do Confidente)

.....  
(Assinatura e nome completo do Médico)

.....  
(Assinatura e nome completo do Conselheiro/Psicólogo)