



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Motenondecha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguái
tetãguára
mba'ie

Programa Nacional de Control del SIDA/ITS

Avenida Venezuela y Florida - Asunción

Tele/fax: 204-604 E-mail: secretaria@pronasida.gov.py

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN VIH OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL

Tras haber sufrido una exposición accidental con material biológico / exposición no ocupacional (**táchese lo que no proceda**) y haber recibido la información requerida por parte del profesional de salud del servicio _____; asumiendo los posibles efectos secundarios de la medicación antirretroviral.

Sr/Sra. _____

con CI _____ decido voluntariamente recibir / no recibir (**táchese lo que no proceda**) el tratamiento profiláctico con antirretrovirales:

Marcar el Kit proporcionado

Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir TDF/3TC/DTG

Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz TDF/3TC/EFV

Zidovudina/Lamivudina+ Lopinavir/Ritonavir AZT/3TC+LPV/r

Emtricitabina/Tenofovir + Dolutegravir FTC/TDF + DTG

FECHA: ____/____/____

FIRMA:

ACLARACION: