

TERMO DE RECUSA DE TRATAMENTO PARA MALÁRIA

Eu, _____, portador(a) do CPF nº, _____ residente em _____/R, declaro, para os devidos fins, que fui formalmente comunicado(a) e orientado(a) pelo(a) _____ da Secretaria Municipal de Saúde sobre o resultado positivo do teste NAT Plus para *Plasmodium spp.* em minha amostra de doação de sangue.

Declaro que entendi plenamente as seguintes informações:

1. **Natureza da Infecção e a Forma Dormente (Hipnozoítos):** A detecção do parasita na minha corrente sanguínea indica uma infecção, mesmo que eu não apresente sintomas no momento. Fui informado (a) de que algumas espécies de *Plasmodium* podem se manifestar em uma forma dormente, chamada **hipnozoíto**, que se aloja nas células do fígado e pode permanecer latente por meses ou anos.
2. **Risco de Recaída e Transmissão:** A presença desses hipnozoítos no meu organismo pode levar a uma **recaída da doença** a qualquer momento, causando febre, calafrios e outros sintomas graves. Além disso, mesmo assintomático(a), posso ser uma fonte de infecção para mosquitos vetores (*Anopheles*) se for picado(a), o que contribuiria para a transmissão da malária para outras pessoas.
3. **Necessidade do Tratamento Integral:** Fui orientado(a) de que o tratamento medicamentoso completo é a única forma de eliminar tanto os parasitas na corrente sanguínea quanto os hipnozoítos do fígado, prevenindo assim futuras recaídas e interrompendo a cadeia de transmissão. Fui informado ainda, de que o tratamento está disponível para ser iniciado nesta data e de forma gratuita.

Apesar de todas as informações e orientações recebidas, e ciente dos riscos à minha saúde e à saúde coletiva, eu, por minha livre e espontânea vontade, **RECUSO-ME A INICIAR O TRATAMENTO RECOMENDADO PARA MALÁRIA.**

Comprometo-me a procurar atendimento médico imediatamente caso apresente qualquer sintoma relacionado à malária no futuro.

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Doador
CPF: