

	BANCO DE SANGUE PAULISTA	TCI-DCM	___/___
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO / AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE CANDIDATO MENOR – 16 E 17 ANOS	REV.	00
	Página 1 de 2		

Informações Gerais:

O candidato à doação de sangue com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezessete) anos deve possuir consentimento formal por escrito do seu responsável legal para cada doação que realizar, segundo legislação sanitária em vigor. O Termo de Consentimento no verso deste deverá ser completamente preenchido, assinado pelo responsável legal pelo menor e deve ser anexada cópia do documento de identidade do responsável caso o mesmo não esteja presente.

A doação de sangue ou componentes é um procedimento que consiste na retirada de sangue, o procedimento é realizado utilizando-se material descartável e será realizado através da punção de veias nos antebraços, com duração de aproximadamente 5 a 15 minutos.

O candidato deverá submeter-se a triagem clínica, realizar e receber os resultados da triagem laboratorial na forma prevista em lei.

Os resultados dos testes de triagem laboratorial do doador **somente** serão entregues ao próprio doador, na forma prevista em lei, não sendo permitida a entrega a terceiros, nem mesmo aos responsáveis legais.

Riscos:

O procedimento de doação é bastante seguro, no entanto, alguns doadores podem apresentar algumas reações adversas como: tontura, queda de pressão arterial, náuseas, vômitos e raramente desmaios.

Todo o procedimento é acompanhado por médico e as reações adversas podem ser tratadas adequadamente, caso ocorram, de acordo com os sinais apresentados pelo doador.

Consentimento:

Eu declaro que ouvi e/ou li as explicações que me foram dadas pela equipe técnica, relativas ao procedimento chamado de ***Doação de Candidato Menor***, tendo compreendido perfeitamente o objetivo proposto, os possíveis riscos e então consinto no procedimento de doação no verso deste formulário.

	BANCO DE SANGUE PAULISTA	TCI-DCM	___/___
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO / AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE CANDIDATO MENOR – 16 E 17 ANOS	REV.	00
	Página 2 de 2		

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Ao
Banco de Sangue Paulista.

Ref.: AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS (16 e 17 anos)

Eu, _____ portador
da Cédula de Identidade N.º _____, órgão emissor _____,
responsável legal pelo menor _____,
portador (a) da Cédula de Identidade N.º _____, órgão emissor _____,
autorizo o mesmo a doar sangue voluntariamente para o Banco de Sangue Paulista.

Declaro estar ciente que o processo de doação compreende: entrevista clínica, coleta de uma bolsa de sangue e de amostras de sangue para realização de exames laboratoriais para doenças infecciosas transmissíveis por transfusão.

Autorizo a repetição dos testes laboratoriais e a realização de exames confirmatórios se houver algum resultado reagente ou inconclusivo associado à doação. Estou ciente que qualquer resultado alterado será informado somente ao doador, não sendo permitida a entrega a seus responsáveis legais nem a terceiros sem a sua autorização.

Autorizo, desde que o doador consinta, que seu nome seja incorporado ao arquivo de doadores deste banco de sangue e caso o sangue doado não seja utilizado para transfusão, autorizo o seu envio para produção de hemoderivados, insumos ou pesquisa, de acordo com a legislação vigente ou a critério do banco de sangue.

Declaro estar ciente que a rotina e os critérios de seleção para doação obedecem as legislações vigentes, Portaria do Ministério da Saúde nº 2.712, de 12/11/2013 e Resolução ANVISA - RDC nº 34 de 11/06/2014.

Assinatura do Responsável Legal
(Deve ser igual ao documento oficial)

PARA USO DA RECEPÇÃO

() Responsável Legal pelo menor presente – Apresentado documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial.

() Responsável Legal pelo menor ausente - Obrigatório anexar cópia do documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial.

Data Recepção: ___/___/___

Horário: _____ : _____

Posto de Coleta - Unidade: _____ Recepcionista _____