

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AUTORIZAÇÃO PARA CANDIDATO À DOAÇÃO DE SANGUE COM IDADE ENTRE 16 (DEZESSEIS) E 17 (DEZESETE) ANOS NO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

_____, inscrito no CPF sob o n.º _____ e RG n.º _____ emitido por _____, em ___/___/_____, residente _____, n.º _____, na cidade de _____ UF _____, na qualidade de responsável legal do menor _____, inscrito no CPF sob o n.º _____ e RG n.º _____ emitido por _____, em ___/___/_____, residente _____, n.º _____, na cidade de _____ UF _____, **AUTORIZO**, nos termos do parágrafo 1º do art. 38 da Portaria nº 5 de consolidação de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, Anexo IV – Do sangue, componentes e Derivados, o menor a se candidatar para doação de sangue, sendo para tal submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas nas normas de hemoterapia em vigor.

Na condição de responsável legal estou ciente e concordo que tal ato pressupõe a formação de cadastro à doação de sangue no Serviço de Hemoterapia com a inclusão dos dados nos arquivos de doadores local e nacional, bem como, com realização da entrevista clínica individual para avaliação clínico-epidemiológica do candidato e a efetiva doação de sangue.

Da mesma forma, tenho ciência e concordo com a realização de exames no sangue do candidato, testes de triagem obrigatórios instituídos pelo Ministério da Saúde através da legislação vigente. Fui informado que caso algum desses exames for reativo ou indeterminado o candidato será convocado por carta com aviso de recebimento para consulta e que esse fato não significa que o candidato tenha alguma doença.

Ainda, tenho ciência de que o candidato poderá apresentar reações e também sobre o que o mesmo deverá fazer caso elas aconteçam.

Os resultados dos testes de triagem laboratorial somente poderão ser entregues ao próprio doador ou, mediante apresentação de procuração, a terceiros.

Assim, conhecendo essas informações, declaro concordar e autorizar a doação de sangue do candidato acima identificado.



Passo Fundo/RS, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Responsável

Este documento tem que ser assinado presencialmente pelo responsável legal do menor ou entregue a este serviço com assinatura reconhecida em cartório. O documento ficará retido no Setor de Hemoterapia.