

Informações Gerais:

O candidato à doação de sangue com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezesete) 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.

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 _____