TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Autorização para doação de sangue por menor de idade (16 e 17 anos)

Este documento deve ser preenchido pelo responsável legal do doador menor de idade

Eu, _____
portador do RG nº: _____, orgão emissor: _____ inscrito no CPF nº:_____, grau de parentesco _____, residente na rua _____ bairro: _____ cidade:_____, telefone de contato:_____, na qualidade de responsável legal (pais/tutor/guardião legal), de _____, data de nascimento:_____/_____/_____, portador do RG nº: _____, orgão emissor: _____ inscrito no CPF nº:_____, a candidatar-se à **DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SANGUE**, sendo para tal submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas nas normas de hemoterapia em vigor (Portaria MS nº 158/2016, publicada no Diário Oficial de 14/06/11 de 04 de Fevereiro de 2016), doravante denominado **MENOR**.

Por este Termo, DECLARO para os devidos fins que:

1. Estou ciente que o MENOR, com idade entre 16 (dezesseis) anos completos e 18 (dezoito) anos incompletos deve possuir meu consentimento formal, por escrito, para candidatar-se à doação de sangue e para cada doação de sangue ("Procedimento") que realizar.

2. Fui informado que este consentimento inclui a autorização para o cumprimento de todas as exigências e responsabilidades estabelecidas ao doador maior de idade, bem como para o MENOR submeter-se à Triagem Clínica e Coleta, assim como realizar e receber os resultados dos exames imunohematológicos e sorológicos, com a preservação do sigilo de todas as etapas acima referenciadas.

3. Fui informado sobre a natureza do "Procedimento", seus objetivos, métodos, utilização prevista, potenciais riscos e o incômodo que este possa acarretar e que, durante a coleta do sangue podem aparecer reações colaterais como náuseas, queda da pressão arterial, tontura,entre outras menos frequentes.

4. Estou ciente que o sangue, obtido durante a doação, será submetido às mesmas etapas e aos mesmos exames sorológicos e imunohematológicos realizados nas demais doações. O sangue será testado para HIV e para outros marcadores de doenças (Hepatite B, Hepatite C, Doença de Chagas, Sífilis e HTLV) e podem apresentar resultados falso-positivos. Entendo que os exames realizados no banco de sangue são exames de triagem e não de diagnóstico, portanto os resultados não-negativos não são conclusivos, uma vez que diversos fatores podem alterar os resultados dos exames realizados no sangue doado (que tem por fim a maior proteção do receptor).

5. Fui informado que, no caso de resultado sorológico alterado, o doador será chamado para coleta de nova amostra, repetição e confirmação do resultado e/ou entrega de laudo e orientações. Declaro estar ciente que estes resultados e as orientações pertinentes poderão ser entregues somente ao respectivo doador, não sendo permitida a entrega a terceiros, nem aos seus responsáveis legais, como prevê a Portaria nº 158/2016 do MS.

6. No processo de investigação sorológica, o(a) doador(a) poderá ficar inapto(a) a doação de sangue até a conclusão da investigação. Caso o sangue apresente resultado POSITIVO ou DUVIDOSO (INCONCLUSIVO ou INDETERMINADO), o sangue coletado não será utilizado e o seu nome será incluído em uma listagem de doadores inaptos da Secretaria Estadual de Saúde.

7. Tive a oportunidade de esclarecer todas e quaisquer dúvidas a respeito do "Procedimento", tendo ficado claros os benefícios e riscos envolvidos, conforme detalhados nos itens acima.

8. Este termo foi explicado a mim, e que o li, ou que foi lido para mim, tendo entendido seu conteúdo e, por isso:

( ) autorizo a doação de sangue pelo DOADOR.

( ) não autorizo a doação de sangue pelo DOADOR, pelo seguinte motivo:

_____

DECLARO NESTA DATA QUE ESTOU CIENTE DAS INFORMAÇÕES EXPOSTAS ACIMA.

Porto Alegre, _____/_____/_____.

_____ _____

Assinatura do Menor Autorização do Responsável Legal