



Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos

Rua Cláudio Luiz da Costa, 50

Jabaquara - Santos - São Paulo - 11075-900 CNPJ 58.198.524/0001-19 CNES : 2025752

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE PARA MENOR RELATIVAMENTE INCAPAZ (COM MAIS DE 16 ANOS)

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº. _____, portador(a) do RG nº. _____, candidato à doação sanguínea, autorizado por meu responsável, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº. _____, portador(a) do RG nº. _____, após terem nos sido prestadas todas as informações relativas ao processo, declaramos conjuntamente estarmos cientes de:

1. Que a doação de sangue se dá de maneira voluntária, anônima e altruística, não havendo remuneração, direta ou indireta, em virtude desta, nem podendo o menor ser compelido a procedê-la, se esta não for sua vontade;
2. Que todas as informações coletadas no processo de triagem, prestadas pelo candidato, são absolutamente sigilosas;
3. Que me foram entregues materiais informativos sobre as condições básicas para a doação e sobre as doenças transmissíveis pelo sangue, dentre elas o HIV, Sífilis, Hepatite B e C e HTLV, entre outras;
4. Que, para fins de triagem, o Banco de Sangue do Serviço de Hemoterapia da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, além da seleção de doadores, realiza todos os exames de triagem laboratorial previstos em lei e em demais atos normativos, tais como, os necessários para a identificação de hepatite B e C, HIV, Doença de Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV, Hepatites B e C, o resultado destes pode ser inconclusivo, ou, até mesmo, apresentar "falsos positivos", mas que todos estes são exames de triagem e não diagnósticos, e que, portanto, a confirmação diagnóstica só poderá ser firmada por médico, em exame clínico;
5. Qual o destino do sangue doado e seus componentes, quando não integralmente utilizado;
6. Quais os cuidados a serem observados durante e após a doação;
7. Quais os riscos associados e possíveis reações adversas;

Portanto, declaro e consinto expressamente:

1. Em doar meu sangue para a utilização em qualquer paciente que dele necessite;
2. Na realização de todos os testes laboratoriais exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes;
3. Que meu nome seja incorporado a arquivo de doadores local;
4. Que em caso de resultados reagentes ou inconclusivos nas triagens laboratoriais, ou em situações de retrovigilância, seja permitida a "busca ativa" pelo serviço de hemoterapia ou por órgão de vigilância em saúde para repetição de testes ou realização exames confirmatórios de diagnóstico; e,
5. Que os componentes sanguíneos produzidos a partir de minha doação, quando não utilizados integralmente em transfusão, possam ser utilizados na produção de reagentes e hemoderivados ou como insumos para outros procedimentos autorizados legalmente.

Fui informado, ainda, de que, para minha própria segurança e de outrem, diante da possibilidade de ocorrência de evento adverso à doação, tais como, mas não exclusivamente, hipotensão arterial (queda de pressão), hipoglicemia (queda da taxa de açúcar no sangue) e desmaios, é sempre aconselhável que, além de se alimentar antes da doação, devo me apresentar para doação acompanhado, mas, caso isto não ocorra, é contra recomendado pela equipe médica dirigir veículos automotores de qualquer espécie e, ou, bicicletas, assim como realização de exercícios físicos e de atividades, ocupações ou "hobbies" que ofereçam riscos, pelo período mínimo de 12 (doze) horas após a doação.

Por fim, declaro que tivemos a oportunidade de fazer todas as perguntas relativas à doação e que além destas terem sido esclarecidas, nos foram fornecidas orientações sobre os cuidados após esta. Portanto, eu, acima qualificado, na qualidade de representante do menor, diante de sua vontade, autorizo-o(a) a se submeter ao processo de doação, inclusive à realização da entrevista, triagem clínica e laboratorial, bem como às demais exigências e responsabilidades aplicáveis aos demais doadores, declarando ciência de que tal ato pressupõe:

1. A formação de cadastro e incorporação dos dados do doador nos arquivos de doadores;
2. A realização de exames de triagem laboratorial;
3. Ciência de que todos os exames de triagem realizados só serão entregues ao próprio doador, não sendo permitida a entrega a terceiros, mesmo que representante(s) legal(is), salvo se munidos de procuração daquele;
4. Ciência de que não terei acesso à entrevista clínica; além da,
5. Efetivação da doação de sangue.

Por fim, declaro que tive a oportunidade de fazer todas as perguntas relativas à doação e que além destas terem sido esclarecidas, me foram fornecidas orientações sobre os cuidados após esta.

Local

_____/_____/_____
Data

Assinatura do candidato à doação

Assinatura do responsável