

AUTORIZAÇÃO PARA CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE COM IDADE DE 16(DEZESSEIS) E 17(DEZESSETE) ANOS NA HEMORREDE

Eu, (**Nome completo do responsável**) _____
_____, RG nº _____, emitido por _____,
em ___/___/_____, residente à _____
_____ Cidade _____
UF____ na qualidade de responsável legal / tutor / guardião do menor púbere, autorizo o(a)
menor (**nome completo do menor**) _____
_____, RG nº _____, emitido por _____,
em ___/___/_____, a candidatar-se à doação voluntária de sangue em conformidade com
o §1º do art. 38 da Portaria nº 158 de 04 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde, na
HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DE GOIÁS, instituição
pública de Saúde do Estado de Goiás, e também:

- I. A utilização do seu sangue em qualquer paciente que dele necessite;
- II. A realização no seu sangue de todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes;
- III. Que o seu nome seja incorporado ao arquivo de doadores, local e nacional;
- IV. Que, em caso de resultados reagentes ou inconclusivos nas triagens laboratoriais, ou em situações de retrovigilância, seja permitida sua "busca ativa" pelo serviço de hemoterapia ou por órgão de vigilância em saúde, para repetição de testes ou realização de testes confirmatórios e de diagnóstico;
- V. Que o seu sangue, quando não utilizado em transfusão, possa ser utilizado em produção de insumos e hemoderivados, autorizados legalmente;
- VI. Submeter-se à Triagem Clínica, de forma individual e sigilosa, conforme preconizado no art. 31, assim como realizar e receber os resultados da triagem laboratorial na forma prevista do art. 38, ambos da Portaria supracitada;
- VII. Que os resultados dos testes de triagem laboratorial do doador sejam entregues somente ao próprio doador, conforme disposição do § 2º do art. 31 da Portaria 158/2016 do MS, não sendo permitida a entrega a terceiros, nem aos seus responsáveis legais;

Declaramos (responsável legal e menor) que recebemos informações e, portanto, estamos cientes também sobre os seguintes processos que envolvem a doação de sangue:

- I. O menor deverá apresentar documento oficial com foto (original) a cada doação;
- II. O roteiro para a doação de sangue envolve as seguintes etapas: registro, pré-triagem, triagem clínica e doação;
- III. Os principais sintomas pós-doação envolvem: tontura, queda de pressão, desmaio, náuseas, vômitos, dor ou hematoma no local da punção;
- IV. Que as informações fornecidas no momento da triagem clínica sejam verdadeiras, caso contrário, estou incorrendo no risco de doar um sangue não seguro (lembrando que sempre há a possibilidade do voto de autoexclusão no momento da triagem clínica);

- V. Que as amostras coletadas durante a doação serão submetidas à análise laboratorial para detectar doenças transmissíveis pelo sangue, como: HIV, HTLV, Sífilis, Chagas, Hepatites B e C (eventualmente podem não ser realizados);
- VI. Que a AIDS é uma doença ocasionada pelo vírus do HIV, transmitida pelo sangue e pelas relações sexuais e que os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento.

ATENÇÃO: Esta declaração será válida mediante a presença do responsável legal, portando documento de identificação oficial com foto, ou mediante a apresentação deste termo com cópia do documento oficial com foto do respectivo responsável legal. A assinatura do formulário deve ser EXATAMENTE a mesma do documento oficial e o termo deverá ser apresentado pelo menor a cada vez que comparecer para se candidatar à doação de sangue. No caso de guardião ou tutor, anexar a cópia autenticada do termo de guarda ou tutela. Goiânia/GO, _____, de _____, de 20_____.

Assinatura do menor de idade

Assinatura do responsável legal