

AUTORIZAÇÃO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES COM IDADE MENOR DE 18 ANOS (ENTRE 16 E 17 ANOS)

_____, _____ de _____ de _____.

Eu, _____
portador do documento _____ nº _____ na qualidade de
responsável legal, autorizo o menor, _____
portador do documento _____ nº _____ expedido em
____/____/____ a se candidatar como doador de sangue, sendo para tal submetido à todas as
exigências e responsabilidades previstas a legislação vigente na área de hemoterapia.

Estou ciente que para tal ato a legislação vigente solicita:

1º) O sigilo das informações prestadas pelo doador antes, durante e depois do processo de doação de sangue deve ser absolutamente preservado, respeitadas outras determinações previstas na legislação vigente.

2º) O doador de sangue declara consentir que em doar o seu sangue para utilização em qualquer paciente que dele necessite;

3º) A realização de todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes;

4º) Que o seu nome seja incorporado ao arquivo de doadores, local e nacional;

5º) 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 testes confirmatórios e de diagnóstico;

6º) Que os componentes sanguíneos produzidos a partir da sua doação, quando não utilizado em transfusão, possam ser utilizados em produção de reagentes e hemoderivados ou como insumos para outros procedimentos, autorizados legalmente.

7º) A utilização de qualquer material proveniente da doação de sangue para pesquisas somente será permitida segundo as normas que regulamentam a ética em pesquisa no Brasil.

Essa autorização deverá ser acompanhada por uma cópia simples do documento oficial (RG) do responsável legal, que ficará retida na Instituição.

Em vista da possibilidade de ocorrência de algum evento adverso à doação, é recomendado que o menor esteja acompanhado por um adulto no dia da doação.

Para o caso de necessidade:

(telefones do responsável legal para contato)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR



<https://umsosangue.com.br/>



@abhhoficial