

AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE POR MENOR DE IDADE (16 E 17 ANOS)

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO

A doação de sangue é voluntária, anônima e altruísta, não devendo o doador, de forma direta ou indireta, receber qualquer remuneração ou benefício em virtude da sua realização.

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.

Essa autorização deverá ser acompanhada pela cópia do documento oficial (RG) do responsável legal. O menor deverá apresentar o seu documento oficial e uma cópia simples do RG no momento da doação.

As informações prestadas durante todo o processo de doação são protegidas sigilosamente e os resultados dos testes de triagem somente poderão ser entregues ao **DOADOR.**

A coleta é feita por uma equipe capacitada e sob a supervisão de um médico ou enfermeiro, garantindo o bem-estar do doador. Caso o doador seja considerado apto para doar, serão coletados cerca de 450ml de sangue, além de amostras de sangue para exames obrigatórios por lei.

Será realizada higienização dos braços do doador com o produto clorexidina, caso ele seja alérgico informe a nossa equipe. O material utilizado para a coleta é estéril e descartável, sendo assim, não existe risco de contrair doenças infecciosas na doação.

Por meio deste, autorizo:

- A utilização do sangue doado em qualquer paciente que dele necessite;
- Realização de todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas vigentes (incluindo testes para HIV, Hepatite B, Hepatite C, Sífilis, Doença de Chagas e HTLV I/II);
- Que o nome do doador seja incorporado ao arquivo de doadores, local e nacional;
- Que, em caso de resultados reagentes ou inconclusivos na triagem laboratorial ou em situação de retrovigilância, seja permitida "busca ativa" pelo serviço de hemoterapia ou órgão de vigilância em saúde, para repetição dos testes de triagem, confirmatório e de diagnóstico;
- Quando não utilizado em transfusão, possa ser utilizado em produção de reagentes, insumos e hemoderivados, autorizados legalmente.

Exames poderão não ser realizados quando, por motivos técnicos, não for possível realizar a coleta de amostras.



Mais informações sobre o processo de doação estão disponíveis e podem ser acessadas em: http://www.bp.org.br/bp/pacientes-e-visitantes/doacao-de-sangue-e-plaguetas.

Eventuais dúvidas podem ser esclarecidas pelo telefone: 11 3505 4839.

RISCOS E EVENTOS ADVERSOS

Os riscos e eventos adversos mais comuns envolvendo este procedimento são:

Hematoma, sangramento pós doação, braço doloroso, reação vaso vagal e toxicidade do citrato, especialmente nas doações por aférese. Possível anemia decorrente da diminuição da quantidade de ferro de depósito.

Reação Vaso-Vagal: é uma reação relacionada à ativação inapropriada do nervo vago. Os sintomas característicos são palidez, tontura, sudorese, náusea, podendo incluir a perda da consciência por alguns segundos. A principal causa é a ansiedade do paciente. O tratamento é colocar o paciente em posição de *Trendelemburg* (pés mais altos que a cabeça) e infusão de soro fisiológico.

Toxicidade do Citrato: reação associada aos eventos adversos do citrato, anticoagulante utilizado nas coletas por aféreses. Essa substância diminui temporariamente o cálcio no sangue, podendo acarretar enjoo, fraqueza, formigamento ao redor da boca e/ou nas mãos ou câimbra. Estes sintomas são extremamente raros, podendo ser necessária a reposição de cálcio durante o procedimento

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO RESPONSÁVEL LEGAL
Eu,, portador(a) da cédula de identidade
RG nº, inscrito(a) no CPF/ME nº, data de nascimento
/, grau de parentesco, na qualidade de responsável legal de
, portador(a) da cédula de identidade
RG nº, inscrito(a) no CPF/ME nº, data de nascimento
/, doravante denominado(a) DOADOR , através desta autorização, DECLARO e estou
CIENTE que:
 O DOADOR com idade entre 16 (dezesseis) e 17 (dezessete) anos deve possuir meu consentimento formal, por escrito, para cada doação de sangue ("procedimento") que realizar:



A Beneficência Portuguesa de São Paulo

2.	Este consentimento inclui a autorização para o cumprimento de todas as exigências e responsabilidades estabelecidas aos demais doadores, bem como para submeter-se a triagem clínica, realizar e receber os resultados da triagem laboratorial na forma prevista da legislação em vigor;

3.	Tive oportunidad	e de ent	rar em	contato	com o	Banco	de Sar	ngue p	oara	esclarecer	todas e
	quaisquer dúvida	is a resp	eito do	procedi	mento,	tendo	ficado	claros	s os	benefícios	e riscos
	envolvidos;										

4	. Tendo entendido o conteúdo desta autorização e, por isso:
	() autorizo a doação de sangue pelo DOADOR.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS PACIENTES MENORES DE IDADE (16 E 17 ANOS)

Enquanto responsável legal do(a) paciente menor de idade acima indicado, estou ciente sobre o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, a ser realizado pelo Hospital A Beneficência Portuguesa de São Paulo, sempre no melhor interesse do(a) menor, em atenção ao artigo 14 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), para prestação dos serviços de saúde e demais finalidades descritas nesta autorização, incluindo as demais disposições previstas na Política de Privacidade disponível no site www.bp.org.br.

São Paulo,	de	de	•
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	LEGAL:		



	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO BANCO DE SANGUE						
Declaro que, no momento da realização do procedimento, foram conferidas as seguintes condições:							
SIM (□)	NÃO (□) Acompanhante presente						
(□)	(\square) Documentos apresentados						
(□)	(□) Autorização dentro do prazo de 15 dias da assinatura						
Responsável pela conferência							