



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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**, por este Termo, **DECLARO** para os devidos fins que:

1. Estou ciente que o **DOADOR** com idade entre 16 (dezesesseis) anos completos e 18 (dezoito) anos incompletos deve possuir meu consentimento formal, por escrito, 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 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, detalhadas neste Termo;
3. Fui informado sobre a natureza do Procedimento, seus objetivos, métodos, utilização prevista, potenciais riscos e o incômodo que este possa acarretar;
4. Foi-me garantido o sigilo das informações prestadas antes, durante e depois do Procedimento, bem como de que os resultados dos testes de triagem somente poderão ser entregues ao próprio **DOADOR**, ou, mediante apresentação de procuração, a terceiros;
5. Tive oportunidade de esclarecer todas e quaisquer dúvidas a respeito do Procedimento, tendo ficado claros os benefícios e riscos envolvidos, conforme detalhados nos itens abaixo;
6. 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:



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 pelo documento oficial (RG) do responsável legal, mais uma cópia simples do mesmo que ficará retida na instituição.

O menor deverá apresentar o seu documento oficial e uma cópia simples do RG no momento da doação.

Por meio deste Termo e deste Procedimento, 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 meu nome 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.

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 *Trendelenburg* (pés mais altos que a cabeça), infusão de soro fisiológico, compressa fria na testa a estimular o(a) doador(a).

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 pela 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 neste Termo, 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

Expliquei todo o Procedimento ao qual o **DOADOR** estará sujeito, ao próprio e a seu responsável legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por ele(s). De acordo com o meu entendimento, o doador e seu responsável legal, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Declaro que, no momento de realização do Procedimento, as seguintes condições estavam presentes:

- Responsável presente
- Termo assinado previamente e documento apresentado
- Menor emancipado

Responsável pela conferência