

TERMO DE CONSENTIMENTO DE DOAÇÃO DE SANGUE DE MENOR DE IDADE

_____ (mãe), portadora do documento de identidade nº. _____, órgão expedidor _____ e _____ (pai), portador do documento de identidade nº. _____, órgão expedidor _____, responsáveis pelo(a) menor _____, documento de identidade nº. _____, órgão expedidor _____, vêm através deste documento autorizar que o(a) referido(a) menor se candidate à doação de sangue, seguindo a todas as exigências médicas e legais previstas na Legislação em vigor (Portaria MS nº. 1.353/2011 de 14 de junho de 2011).

Estão cientes que deverão ser cumpridas todas as etapas referentes à doação de sangue, no que tange:

- Inclusão do seu nome nos arquivos de doadores de sangue local e nacional;
- Avaliação clínico-epidemiológica através do preenchimento de questionário e triagem clínica;
- Doação de sangue e coleta de amostras para realização de exames imunohematológicos e sorológicos (Chagas, SIDA, Hepatites B e C, Sífilis e HTLV I e II);
- Estão cientes que não poderão ter acesso às informações relativas, tanto da triagem clínica quanto dos resultados laboratoriais (Chagas, SIDA, Hepatites B e C, Sífilis e HTLV I e II) e assumem a responsabilidade deste ato e autorização, pois a Legislação vigente só permite que os mesmos sejam de conhecimento do doador (art.33, §2º, 1b, da Portaria MS 1.353/2011).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável
Reconhecer firma por autenticidade

Assinatura do Responsável
Reconhecer firma por autenticidade

Obs.: Este Termo ficará arquivado no Serviço de Hemoterapia juntamente com as cópias autenticadas dos documentos de identidade dos responsáveis e do(a) menor.