

TERMO DE CONSENTIMENTO DE DOAÇÃO DE SANGUE DE MENOR DE IDADE

Eu _____, portador do documento de identidade nº. _____, órgão expedidor _____, responsável legal pelo menor _____, documento de identidade nº. _____, órgão expedidor _____, venho 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).

Estou ciente que deverão ser cumpridas todas as etapas referentes à doação de sangue, no que tange a:

- 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).

Estou ciente que não poderei ter acesso às informações relativas, tanto da triagem clínica como resultados laboratoriais, pois a Legislação só permite que os mesmos sejam de conhecimento do doador (art.33, §2º, 1 b da Portaria MS 1.353/2011).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável
(assinatura semelhante a do documento de identidade)

Obs.: Este termo ficará arquivado no Serviço de Hemoterapia e deverá vir acompanhado do documento original do responsável legal, ou cópia autenticada.