

Termo de Autorização para Doação de Sangue para Menores de 18 Anos de Idade.

Paciente	Atendimento
Data Nasc.	Prontuário
Sexo	Dt. Entrada
CPF	Convênio/Categ.
Setor	Leito

Por este documento, eu _____, RG nº _____, residente na rua _____, bairro _____ cidade _____, CEP _____, na qualidade de responsável legal de _____, AUTORIZO à realização de doação voluntária de sangue, caso o(a) mesmo(a) esteja apto(a), conforme avaliação do Serviço de Hemoterapia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Fui devidamente informado e esclarecido que, conforme legislação vigente, **os resultados dos testes realizados na doação de sangue do menor, somente poderão ser entregues ao próprio doador, se tiver interesse que outra pessoa retire esse resultado, terei de encaminhar a devida autorização expressa, e com assinatura devidamente reconhecida em cartório ou com assinatura eletrônica.**

Fui também informado que a idade mínima para a doação de sangue é de 16 anos, completos.

O signatário do presente Termo, se declara, sob as penalidades da lei, como sendo o Responsável legal pelo menor candidato à doação.

Na eventualidade de ainda persistir alguma dúvida, deverei conversar com os colaboradores do Serviço do Banco de Sangue (enfermeiros, médicos), que estarão à disposição para conversar e prestar todas as informações necessárias.

Declaro, ainda, que li e compreendi as informações abaixo prestadas:

INFORMAÇÕES RELEVANTES AO RESPONSÁVEL LEGAL DO CANDIDATO À DOAÇÃO DE SANGUE (MENOR DE 18 ANOS)

1) Conforme legislação vigente - Portaria de consolidação nº 5 Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017 e Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde - **os resultados obtidos em doação de sangue serão entregues exclusivamente ao doador de sangue;**

2) Caso um ou mais testes realizados na doação apresentem resultados inconclusivos (não negativo) ou reagentes, o doador será convocado para realizar nova coleta de amostra para confirmação de resultado, **não sendo informado aos pais o teor desta alteração;**

3) Os doadores com testes não negativos ou inconclusivos ainda poderão, se necessário, após nova coleta de amostra, ser encaminhados para avaliação médica no Posto de Saúde ou outro serviço médico com objetivo de esclarecer as alterações nos testes sorológicos realizados;

4) Nas situações acima referidas, por determinação legal, **o nome do doador constará em listagem de doadores impedidos**, ficando assim impossibilitado de realizar nova doação de sangue até esclarecimento daquela alteração junto ao posto de saúde ou outro Serviço Médico e posterior retorno ao Serviço de Hemoterapia de origem (onde ocorreu a alteração dos exames), para demonstração da inexistência da impossibilidade de doar sangue;

5) Caso ocorra alguma intercorrência durante ou imediatamente após a doação, o menor será atendido pela equipe médica e/ou de enfermagem deste Serviço, **sendo que em situações de maior gravidade (pouco frequentes), poderá o doador ser encaminhado ao atendimento em outras unidades de atendimento intensivo, inclusive em instituição hospitalar externa a Santa Casa de Porto Alegre sob a responsabilidade de** _____ Profº responsável pelo menor e vinculado a instituição de Ensino _____

6) É importante que os responsáveis e o menor, procurem se orientar e se informar adequadamente e antecipadamente sobre as normas que regem as doações de sangue e os riscos envolvidos, antes de autorizar a doação de sangue por parte do menor;

7) Recomendável que toda pessoa faça avaliações médicas periodicamente para cuidar e preservar a sua saúde, inclusive para fins de verificar a possibilidade de doação de sangue.

Porto Alegre _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável legal

Assinatura do menor

Assinatura do profissional da Hemoterapia
(Nome e COREN/CRM)