

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA DOADOR DE SANGUE COM IDADE ENTRE 16 E 17 ANOS

Eu, _____, (responsável legal, Nome legível), portador do documento de identidade nº _____, autorizo _____, portador do documento de identidade nº _____, a realizar a doação de sangue e consinto o HEMOCENTRO REGIONAL DE CRUZ ALTA - RS:

- A realizar esta coleta do sangue, nesta data, para utilização em qualquer paciente ou quando não utilizado em transfusão, possa ser utilizado em produção de insumos e hemoderivados,
- A incorporar o nome do doador citado acima ao arquivo de doadores, local e nacional.
- A realizar todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes;
- Que, em caso de resultados reagentes ou inconclusivos nas triagens laboratoriais, ou em situações de retrovigilância, seja permitida a "busca ativa" pelo serviço de hemoterapia ou por órgão de vigilância em saúde, para repetição de testes ou testes confirmatórios de diagnóstico. Declaro, enquanto responsável legal que estou ciente que o doador citado acima irá submeter-se a triagem clínica, realizar e receber os resultados da triagem laboratorial conforme previsto na legislação.

Ass: _____ Data: ___/___/___.

Trazer a identidade ou cópia do documento do responsável legal.