



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Palmeira das Missões - Secretaria Municipal de Saúde

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

Eu, _____
(responsável legal) Doc.: _____ autorizo

Doc.: _____ a realizar a doação de sangue e consinto o

HEMOCENTRO:

- 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: ____ / ____ / ____
(DE ACORDO DOCUMENTO.)

"DOE SANGUE, SALVE VIDAS, SEJA VOCÊ TAMBÉM UM DOADOR DE MEDULA ÓSSEA"

HEMOCENTRO REGIONAL DE PALMEIRA DAS MISSÕES
Rua Nassif Nassif, 503 - loteamento Céu Azul - CEP: 98300-000 - PALMEIRA DAS
MISSÕES - RS
Fone: (55) 3742 5676 - E-mail: hemocentro-palmeira@fepps.rs.gov.br