

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, voluntariamente presente para doação de sangue, recebi esclarecimentos sobre este procedimento (inclusive material impresso) e entendi a importância deste ato. Estou ciente de que a omissão ou inexatidão das informações por mim prestadas podem pôr em risco a minha saúde ou a dos pacientes que receberem meu sangue.

Fui informado(a) que poderei sentir efeitos adversos durante o procedimento, tais como sudorese, tonturas, náuseas, vômitos e, mais raramente, alterações cardíacas e respiratórias. Além disto, em algumas circunstâncias também é possível que o local onde minha veia for puncionada apresente dolorimento, hematoma ou inflamação, que na maioria das vezes melhora em poucos dias.

Confirmo ter lido e entendido o material fornecido sobre doenças infecciosas transmitidas através da transfusão de sangue, bem como fui orientado(a) sobre sinais e sintomas da AIDS.

Estou ciente e autorizo a utilização de meu sangue doado a qualquer paciente que dele necessite, bem como para a produção de insumos, hemoderivados e controles laboratoriais, quando eventualmente não for utilizado para fins transfusionais. Nestas condições autorizo igualmente a sua utilização para fins de pesquisa (devidamente aprovada por comitê de ética em pesquisa), sendo em qualquer caso garantido meu anonimato e a confidencialidade dos dados. Autorizo ainda que meu nome seja incorporado em um registro de doadores.

Estou ciente também que, eventualmente, poderei ser contatado por órgãos de Vigilância em Saúde ou por este Serviço de Hemoterapia, motivo pelo qual meus dados para contato foram fornecidos por mim e serão mantidos atualizados.

Fui informado(a) que, conforme a legislação, meu sangue será submetido a testes laboratoriais como, por exemplo, tipagem sanguínea, pesquisa de hemoglobina S (falciforme), e possíveis infecções, presentes ou passadas, por HIV, hepatites B e C, HTLV, sífilis e Chagas. Fui informado(a) também que estes testes de triagem não são definitivos, podendo gerar resultados falsos-positivos (que não representem verdadeiramente uma doença) por interferências diversas. Portanto, poderei ser convocado(a) por este Serviço para repetição destes exames, bem como para encaminhamento a um atendimento médico que poderá adequadamente avaliar a importância clínica dos resultados e a necessidade ou não de acompanhamento médico.

Fui alertado(a) e estou ciente que deverei procurar este Serviço de Hemoterapia se, nos próximos dias (semanas), eu apresentar sinais ou sintomas como consequência da doação ou que possam comprometer a segurança do(s) paciente(s) que receber(em) minha doação de sangue.

Data:        /        /

Código do doador:

Código da doação:

Nome do doador (e responsável, se idade entre 16 e 18 anos, em letra de forma):

Assinatura do doador (e responsável, se idade entre 16 e 18 anos):

Grau de parentesco do responsável:

Assinatura do responsável pela aplicação do termo:

Grau de parentesco do responsável:

Assinatura do responsável pela aplicação do Termo:

Apesar do profissional da saúde poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o procedimento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do procedimento recomendado.



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS

**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO**  
Serviço de Hemoterapia

**DOAÇÃO DE SANGUE**

Nome do Paciente:

Nº do Registro: