

CARTILHA DO DOADOR



DOE SANGUE
doe vida

Saiba os pré-requisitos
para se tornar um doador.



COMPLEXO HOSPITALAR

Santa Rosália

Pré-requisitos básicos para doação de sangue

- ☒ Apresentar documento oficial com foto (são válidos os documentos: carteira de identidade, cartão de identidade de profissional, carteira de trabalho e previdência social, carteira nacional de habilitação e passaporte);
- ☒ Estar em boas condições de saúde;
- ☒ Pesar acima de 50 kg e será descontado 01 kg referente ao peso da roupa;
- ☒ Ter entre 16 e 69 anos de idade, sendo que menores de 18 anos devem estar com autorização assinada pelos pais e acompanhados por um responsável legal, juntamente com xerox do documento do responsável. Pessoas com mais de 60 anos só poderão doar caso já tenham realizado uma doação anterior no serviço.

Recomendações para o dia da doação

- ☒ Estar bem alimentado e evitar alimentos gordurosos. Na parte da manhã tomar café normalmente e após almoço esperar 03 horas;
- ☒ Estar bem descansado, ter dormido pelo menos 6 horas na noite anterior;
- ☒ Estar bem hidratado, ingerir bastante líquido antes e após a doação;
- ☒ Não ter fumado nas últimas 03 horas;
- ☒ Não ter ingerido bebida alcoólica nas últimas 12 horas.

Para quem eu posso doar?

Tipagem Sanguínea A

A+

Recebe de: A+, A-, O+ e O-
Doa para: AB+ e A+

A-

Recebe de: A- e O-
Doa para: A+, A-, AB+ e AB-

Tipagem Sanguínea AB

AB+

Recebe de: A+, B+, O+, AB+, A-, B-, O- e AB-
Doa para: AB+

AB-

Recebe de: A-, B-, O- e AB-
Doa para: AB+ e AB-

Tipagem Sanguínea B

B+

Recebe de: B+, B-, O+ e O-
Doa para: B+ e AB+

B-

Recebe de: B- e O-
Doa para: B+, B-, AB+ e AB-

Tipagem Sanguínea O

O+

Recebe de: O+ e O-
Doa para: A+, B+ e O+ e AB+

O-

Recebe de: O-
Doa para: A+, B+, O+, AB+, A-, B-, O- e AB-

Quantas vezes eu posso doar?



Mulheres:

podem doar até 3 vezes em um período de 12 meses, com intervalo mínimo de 90 dias entre as doações.



Homens:

podem doar até 4 vezes em um período de 12 meses, com intervalo mínimo de 60 dias entre as doações.

Principais impedimentos temporários

- ☒ Acupuntura: por profissionais autorizados, em condições de antissepsia, impede a doação por 72h, se não houver sinais inflamatórios locais. Quando realizado por profissionais não autorizados ou sem condição da avaliação da antissepsia, impede a doação por 12 meses;
- ☒ Cirurgias, vacinas e medicamentos: será avaliado individualmente.
- ☒ Diarreia, sem necessidade de uso de antibióticos: aguardar 07 dias após a melhora dos sintomas;
- ☒ Extração dentária ou tratamento de canal, sem uso de medicação: inaptidão por 07 dias. Outros tratamentos serão analisados individualmente;
- ☒ Febre (pico isolado), sem outros sintomas associados: aguardar 07 dias após a melhora do sintoma;
- ☒ Febre persistente de origem indeterminada: aguardar diagnóstico ou, no mínimo, 03 meses sem febre;
- ☒ Gravidez: 90 dias após parto normal ou abortamento e 180 dias após cesariana. Em caso de mulheres em período de lactação, inaptidão de 12 meses;
- ☒ Gripe ou resfriado: aguardar 07 dias após a melhora dos sintomas. Se associada à temperatura corporal igual ou superior a 38°C, aguardar 14 dias após a melhora dos sintomas.
- ☒ Não ter colocado piercing, feito tatuagem e/ou maquiagem definitiva nos últimos 12 meses. Piercing na região oral ou genital apto após 12 meses após a retirada;
- ☒ Não ter realizado procedimento endoscópico nos últimos 06 meses;
- ☒ No caso de infecções e uso de antibióticos: apto à doação 14 dias após o fim do tratamento e desaparecimento dos sintomas;
- ☒ Situações nas quais há maior risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis: inaptidão por 12 meses.
- ☒ **Vacinas:**
 - ☒ Antirrábica após exposição a risco: inaptidão por 12 meses.
 - ☒ Dengue, febre amarela, gripe, tríplice viral: inaptidão por 30 dias.
 - ☒ Covid-19: inaptidão por 07 dias.
 - ☒ Antirrábica profilática, Hepatite A e B, difteria, tétano: inaptidão por 48 horas.
- ☒ **Viagem**
 - ☒ Brasil, em área endêmica de malária: apto após 30 dias do retorno.
 - ☒ Estados Unidos ou área endêmica de Febre Amarela: apto após 30 dias do retorno;
 - ☒ Europa: quem morou na Europa após 1980, por 05 anos ou mais: inaptidão definitiva.
- ☒ **Doenças:**
 - ☒ Chikungunya: 06 meses após a cura.
 - ☒ Covid-19: 07 dias após a cura;
 - ☒ Dengue: Não hemorrágica: 30 dias após a cura. Hemorrágica: 06 meses após a recuperação completa.
 - ☒ Febre amarela: 30 dias após a cura;
 - ☒ Herpes labial ou genital: apto após desaparecimento total das lesões;
 - ☒ Herpes zoster: 06 meses após a cura;
 - ☒ Zica: 06 meses após a cura.

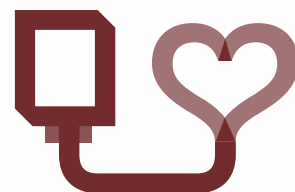
Principais impedimentos definitivos

- ☒ Doença de Chagas;
- ☒ Doença de Parkinson;
- ☒ Evidência clínica ou laboratorial das seguintes doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue:
- ☒ Hepatites B e C, AIDS (vírus HIV), doenças associadas aos vírus HTLV I e II;
- ☒ Hepatite após os 11 anos de idade;
- ☒ Malária;
- ☒ Uso de drogas ilícitas injetáveis.

**Honestidade também salva vidas.
Ao doar sangue, seja sincero na entrevista.**

Na triagem de doadores, o HSR obedece a normas nacionais e internacionais. O alto rigor no cumprimento dessas normas visa oferecer segurança e proteção ao receptor e ao doador.

**Doar sangue é um ato
de amor ao próximo.**



Onde posso Doar?

**Banco de Sangue do
Hospital Santa Rosália**

Rua Dr. Onofre, 575 - Centro

Teófilo Otoni - MG, 39800-022

Telefones: (33) 3529 1618 - WhatsApp ☎
(33) 3529 1609



COMPLEXO HOSPITALAR
SantaRosália

Menores de 18 anos devem apresentar autorização assinada e cópia do documento do responsável.

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS DOAR SANGUE NO NÚCLEO DE HEMOTERAPIA	NH 041
		VERSÃO: 01

Eu (Nome completo do Responsável Legal) _____, portador do RG nº _____, e do CPF nº _____, Residente à (Av./Rua) _____ Nº _____, Bairro _____ Cidade/Estado _____ na qualidade de responsável legal (pai/ mãe/ guardião/ tutor), AUTORIZO a doação de sangue do menor _____, portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, na forma do que dispõe a Portaria de Consolidação nº 5 de 03 de outubro de 2017, Anexo IV - Do Sangue e a Portaria nº158 de 04 de fevereiro de 2016, Componentes e Derivados.

Declaro ainda que estou ciente e manifesto minha concordância com o seguinte:

A) O sangue doado pode ser utilizado em qualquer paciente que dele necessite; **B)** O(a) autorizado(a) estará sujei(a) às triagens clínica e laboratorial e aos demais procedimentos previstos na legislação vigente para doação de sangue; **C)** o preenchimento de questionário e entrevista para avaliação clínico-epidemiológica do(a) candidato(a); **D)** de que não terei acesso à entrevista clínica; **E)** de que não poderei receber o resultado dos exames de triagem laboratorial, visto que este resultado só poderá ser entregue ao próprio(a) doador(a), ou mediante apresentação de procuração com firma reconhecida, conforme disposto na Portaria de Consolidação MS nº 5/2017, ANEXO IV, Título II, Capítulo I, Seção II, Art. 31 e Art. 38; **F)** que o cadastro e ato da doação pressupõem formação de cadastro no Serviço de Hemoterapia, com incorporação dos dados nos arquivos de doadores local e nacional; **G)** 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 e de diagnóstico; **H)** que o sangue doado quando não utilizado em transfusão, pode ser utilizado em produção de insumos e hemoderivados, autorizado legalmente; **I)** de que a Associação Hospitalar Santa Rosália, na condição de Controladora dos dados pessoais pela Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018, poderá realizar atividades que envolvem tratamento de dados pessoais que serão inseridos e tratados no sistema e processo de doação de sangue, atuando segundo as legislações vigentes de segurança da informação e proteção de dados pessoais; **J)** que o Hospital Santa Rosália entre em contato por e-mails e telefones cadastrados para convite ao menor acima citado para novas doações; **K)** em vista da possibilidade de ocorrência de algum evento adverso à doação, é recomendado que o menor esteja acompanhado por um adulto no dia da doação.

Teófilo Otoni – MG, _____ de _____ de _____.

Doador

Responsável

OBS.: Esta declaração deverá ser apresentada pelo (a) menor juntamente com seu documento de identificação oficial, original com foto, no dia em que se candidatar para a doação de sangue, e será válida mediante a apresentação de fotocópia legível do documento de identificação do responsável legal, cuja assinatura seja idêntica a constante nesta autorização. No caso de guardião ou tutor, deverá ser apresentada, também, a fotocópia autenticada do termo de guarda ou de tutela.

Autorizo (nome completo) _____

RG Nº _____, emitido por _____, em ____ / ____ / ____ a acompanhar o menor durante a doação de sangue.

Assinatura do acompanhante

NH 041	POP NH 001
--------	------------