

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

|   |   |                   |
|---|---|-------------------|
|  | <b>AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS DOAR SANGUE NO NÚCLEO DE HEMOTERAPIA</b> | <b>NH 041</b>     |
|   |   | <b>VERSÃO: 01</b> |

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 |
|--------|------------|