TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE POR ADOLESCENTE

Candidatos de 16 a 18 anos incompletos

À Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – HEMOAM

Eu, _____, CPF nº _____, documento de identidade nº _____, órgão emissor/UF _____, na qualidade de ( ) mãe ( ) pai ( ) tutor(a), autorizo o(a) adolescente abaixo identificado(a) a candidatar-se à doação de sangue nesta instituição:

Nome:

_____

Data de nascimento: ____/____/_____ CPF: _____.

Esta autorização refere-se exclusivamente à doação a ser realizada em ____/____/_____. Estou ciente de que uma nova autorização por escrito, acompanhada de cópia do documento de identidade de quem a assinar, deverá ser apresentada a cada doação.

Autorizo o(a) adolescente a submeter-se à triagem clínica e às demais etapas de avaliação, cumprir as exigências e responsabilidades aplicáveis aos doadores, realizar os testes de triagem laboratorial exigidos pelas normas vigentes e receber seus resultados. Caso seja considerado(a) apto(a), autorizo a coleta de sangue e das amostras necessárias aos exames.

Estou ciente de que o processo de doação inclui cadastro, avaliação prévia, entrevista clínica, exames de triagem, coleta de sangue e orientações após a doação. Recebi informações sobre os riscos e as possíveis reações adversas (palidez, hipotensão, náuseas, vômitos, desmaios, convulsões, tontura e demais sintomas referente ao a diminuição do volume de sangue), o destino do sangue, os testes para infecções transmissíveis pelo sangue, a possibilidade de resultados falso-reagentes e a eventual necessidade de coleta de novas amostras. Foi oferecida oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

Autorizo, em caso de resultado reagente, positivo ou inconclusivo na triagem laboratorial, ou em situação de retrovigilância, a busca ativa do(a) adolescente pelo serviço de hemoterapia ou órgão de vigilância em saúde para repetição de testes de triagem ou realização de testes confirmatórios e diagnósticos.

Estou ciente de que as informações pessoais e clínicas são protegidas por sigilo. Os resultados da triagem laboratorial serão fornecidos mediante solicitação do(a) doador(a) e entregues somente a ele(a), salvo apresentação de procuração para essa finalidade específica.

Autorizo a inclusão do nome do(a) adolescente nos arquivos de doadores local e nacional. Autorizo que o sangue e seus componentes sejam utilizados em pacientes que deles necessitem e que os componentes não utilizados para transfusão possam ter as demais destinações legalmente permitidas, inclusive produção de reagentes e hemoderivados ou uso como insumo para outros procedimentos autorizados. O uso em pesquisa deverá observar aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa e as normas éticas e de proteção de dados aplicáveis.

Declaro que compreendi as informações acima e que esta autorização não dispensa a avaliação de aptidão nem a manifestação livre e informada do(a) adolescente, inclusive a assinatura de seu próprio termo de consentimento informado.

Manaus, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do responsável legal

Ciente:

_____

Assinatura do(a) adolescente (sem substituir o termo de consentimento informado)

Base normativa: Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017, Anexo IV-B, arts. 33, 34 e 39, na redação dada pela Portaria GM/MS nº 11.685/2026.