



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE DE CANDIDATO MENOR DE IDADE

Eu, _____ portador da RG Nº _____ órgão expedidor, na qualidade de responsável legal, autorizo o menor _____ portador da RG Nº _____ órgão expedidor _____ a se candidatar como doador de sangue, sendo para tal submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas nas normas de hemoterapia em vigor PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 publicadas em DOU de 03/10/17 MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. (Estou ciente de que tal ato pressupõe: [1] a formação de cadastro no Serviço de Hemoterapia, com incorporação dos dados nos arquivos de doadores local e nacional; [2] o preenchimento de questionário e entrevista para avaliação clínico-epidemiológica do candidato; [3] a efetiva doação de sangue; [4] a realização de exames de triagem laboratorial; [5] risco de tontura durante o dia da doação e de hematoma no local da punção).

Estou ciente também de que não terei acesso à entrevista clínica e não poderei receber o resultado dos exames de triagem laboratorial, visto que este resultado só poderá ser entregue ao próprio doador, conforme disposição do art. 38, §3º da PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável
(como no documento de identidade)

Esta declaração, que ficará retida no serviço de hemoterapia, deverá ser apresentada pelo menor no dia em que se candidatar para doação de sangue, acompanhada do documento de identidade do responsável, original ou cópia autenticada.