

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOBRE DOAÇÃO DE SANGUE OU COMPONENTES

Este consentimento está de acordo com a Resolução RDC 153/2004 - ANVISA, sendo obrigatório sua assinatura antes da doação.

Consinto em doar o meu sangue para utilização em qualquer paciente que dele necessite e consinto, também, que meu nome seja incorporado a um arquivo de doadores potenciais. Autorizo que o meu sangue, quando não utilizado em transfusão, seja encaminhado para produção de insumos e hemoderivados autorizados legalmente, caso isso seja uma opção deste banco de sangue.

Estou ciente de que o intervalo e frequência de doações são: para homens intervalo de 2 meses, com frequência máxima de 4 doações anuais; para mulheres intervalo de 3 meses, com frequência máxima de 3 doações anuais.

Declaro que me foi oferecida a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias para esclarecer minhas dúvidas a respeito do procedimento, bem como me foi entregue material informativo sobre as condições básicas para a doação e sobre as doenças transmissíveis pelo sangue.

Declaro que li e entendi as informações que me foram dadas sobre o risco de transmissão do vírus da AIDS (HIV) através do meu sangue ou frações. Se houver o risco de eu transmitir o vírus que causa AIDS, concordo em não doar sangue, plasma ou plaquetas para transfusão em outra pessoa.

Consinto que meu sangue seja testado para HIV e para outros marcadores de doenças (Hepatite B, Hepatite C, Doença de Chagas, Sífilis e HTLV) e está claro para mim que estes testes podem apresentar resultados falso-positivos. Entendo que os exames realizados no Banco de Sangue são exames de triagem e não de diagnóstico, portanto os resultados não negativos não são conclusivos, uma vez que diversos fatores podem alterar os resultados dos exames realizados no sangue doado (que tem por fim maior a proteção do receptor).

Entendo que se algum desses exames apresentarem um resultado alterado, o Banco de Sangue poderá solicitar a coleta de uma nova amostra do meu sangue para repetição e confirmação do resultado. Concordo em coletar nova amostra, se necessário, pois entendo que existe a possibilidade do resultado ser um falso-positivo.

Estou ciente de que, caso o meu sangue apresente um resultado POSITIVO ou INDETERMINADO, meu sangue não será utilizado e meu nome será incluído em uma listagem de doadores impedidos da Secretaria Estadual de Saúde. Entendo que neste caso eu serei notificado a comparecer ao Hemobanco e que serei orientado a procurar um atendimento médico e realizar exames confirmatórios para conclusão do diagnóstico.

Estou ciente de que o Hemobanco não envia os resultados via correio e que eu deverei retirá-los dentro de 30 dias após a doação.

Declaro ainda que me foram informados todos os cuidados que devo observar após a coleta do sangue, e que fui informado e orientado sobre as possíveis reações adversas.

---