CONSENTIMENTO FORMAL PARA AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE SANGUE DE CANDIDATO MENOR DE 18 ANOS

Eu_____, Portador do RG n.º_____, emitido por _____em____/____/____, Declaro para os devidos efeitos que autorizo, na qualidade de responsável legal (pai/mãe, tutor legal), o menor _____ Portador do RG n.°_____, emitido por_____ em ____/____/____, a doar sangue e que a doação é efetuada por livre vontade do menor. Assumo a responsabilidade pelos riscos inerentes ao procedimento e autorizo que sejam cumpridas todas as exigências e responsabilidades previstas ao doador conforme legislação vigente.

Fui esclarecido e estou ciente da possibilidade de ocorrerem reações à doação de sangue como reações vaso-vagais (desmaio, hipotensão, perda de consciência) que são pouco frequentes e também que podem ocorrer outras complicações como hematoma no local de punção ou queda do estoque de ferro.

Autorizo que o menor seja submetido à triagem física e clínica, realize os exames da triagem laboratorial.
Declaro ainda estar ciente que estes exames podem ter resultados inconclusivos ou falso positivos sendo necessário que o doador se submeta a nova coleta para posterior avaliação e que estes resultados poderão somente ser entregues ao próprio doador, não podendo ser entregues a terceiros nem aos seus responsáveis legais.

_____, _____ de _____de 2026

_____

Assinatura do Responsável legal