

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

1. Declaro que me foi entregue material informativo sobre as condições básicas para a doação e sobre as doenças transmissíveis pelo sangue.
2. Declaro que li e entendi as informações que me foram dadas sobre o risco de transmissão do vírus da AIDS (HIV) e de outras doenças infecciosas através do meu sangue ou derivados.
3. Declaro que me foi oferecida a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias para esclarecer minhas dúvidas a respeito do procedimento, do material informativo que recebi e das questões a mim perguntadas.
4. Declaro que compreendi as questões a mim formuladas e que as informações que eu prestei são verdadeiras e, **desde que atendam aos requisitos para doação de sangue**, autorizo a retirada de meu sangue e que a Fundação Hemominas realize todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes e utilize este sangue na atividade hemoterápica no atendimento à população, ou para produção de insumos e hemoderivados autorizados legalmente, bem como para pesquisas, de acordo com as normas que regulamentam a ética em pesquisa no Brasil.
5. Autorizo a realização de testes laboratoriais para retrovigilância e de incidentes transfusionais e investigações epidemiológicas de doenças transmitidas pelo sangue que possam aumentar o risco transfusional.
6. Autorizo a Fundação Hemominas a incluir o meu nome no cadastro de doadores local e nacional, podendo ser convidado para realizar nova doação () sim () não.
7. Fui orientado e compreendi todas as etapas que compõem o processo de doação e o significado dos termos "apto" e "inapto" para a doação.
8. Fui orientado e estou ciente de que posso sofrer alguma reação durante e após a doação, tendo sido explicado quais as reações possíveis.
9. Fui orientado e estou ciente de que serão feitos testes de triagem laboratorial de alta sensibilidade em meu sangue, cujos resultados podem ser falsamente positivos (falso-positivos) e que podem ser influenciados por uso de medicamentos, por fatores individuais, pela prevalência da doença, pelo tipo de metodologia utilizada, por sensibilidade e especificidade do teste, entre outros fatores. Entendi que a reatividade ou positividade de um teste de triagem laboratorial não define doença e não têm a finalidade de estabelecer diagnóstico confirmatório. O diagnóstico somente poderá ser firmado por um médico, após análise clínica e laboratorial.
10. Estou ciente de que, em algumas situações, os testes de triagem laboratorial podem não ser realizados, tendo sido explicado situações possíveis como, por exemplo, na presença de alto teor de gorduras no sangue (lipemia).
11. Estou ciente de que poderei ser convocado pela Fundação Hemominas para receber orientações e repetir exames, sempre que necessário.
12. Estou ciente de que a Fundação Hemominas informa aos órgãos de vigilância em saúde os dados de doadores que apresentarem testes de triagem laboratorial reativos ou positivos nos testes de repetição, ou que não retornarem para repetir os exames ou para buscar os resultados da segunda amostra.
13. Autorizo que a Fundação Hemominas, ou o órgão de vigilância em saúde, em caso de resultados reagentes ou inconclusivos, ou em situações de retrovigilância, realizem a "busca ativa" para repetição de testes ou testes complementares.

Obs: Em caso de doação autóloga não serão produzidos insumos e hemoderivados e o doador não será inscrito no cadastro local e nacional.

Data:

Assinatura do candidato à doação: