|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **PARA PRODUÇÃO DE COLÍRIO AUTÓLOGO**  **SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  Eu, abaixo assinado, estou voluntariamente presente para doação de sangue para fins de produção de um colírio com soro autólogo, preparado a partir do meu próprio sangue. Este produto é produzido pelo Serviço de Oftalmologia em parceria com o Banco de Sangue (Serviço de Hemoterapia) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).  A equipe médica explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que procedimentos médicos não são isentos de riscos, sendo informado(a) que neste caso poderei sentir efeitos adversos durante o procedimento, tais como sudorese, tonturas, náuseas, vômitos e, mais raramente, alterações cardíacas e respiratórias. Também fui informado(a) que para a realização deste procedimento de coleta serão necessárias duas punções venosas (uma para a coleta de exames e outra para a coleta de sangue para a produção do colírio). Além disto, em algumas circunstâncias é possível que no local onde minha veia for puncionada eu sinta dor e apresente hematoma ou inflamação, que na maioria das vezes melhora em poucos dias.  Estou ciente de que a omissão ou inexatidão das informações por mim prestadas podem pôr em risco a minha saúde.  Fui informado(a) que, conforme a legislação, meu sangue será submetido a testes laboratoriais como, por exemplo, tipagem sanguínea, pesquisa de hemoglobina S (falciforme), e possíveis infecções, presentes ou passadas, por HIV, hepatites B e C, HTLV, sífilis e Chagas. Fui informado(a) também que estes testes de triagem não são definitivos, podendo gerar resultados falsos-positivos (que não representem verdadeiramente uma doença) por interferências diversas. Portanto, poderei ser convocado(a) por este Serviço para repetição destes exames, bem como para encaminhamento a um atendimento médico, que poderá adequadamente avaliar a importância clínica dos resultados e a necessidade ou não de acompanhamento médico.  Estou ciente que se meus exames sorológicos para HIV, hepatite B e C apresentarem resultado reagente, meu sangue será descartado e não será possível realizar a produção do colírio de soro autólogo.  Fui avisado(a) também que, eventualmente, poderei ser contatado(a) por órgãos de Vigilância em Saúde ou por este Serviço de Hemoterapia, motivo pelo qual meus dados para contato foram fornecidos por mim e serão mantidos atualizados.  Autorizo ainda que meu nome seja incorporado em um registro de doadores e que o Serviço de Oftalmologia do HCPA receba uma cópia do meu laudo de doação de sangue.  Permito também que informações sobre o meu caso possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido meu anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do meu prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  CONCLUSÃO  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico. Assim, autorizo a utilização de meu sangue para a produção do colírio de soro autólogo.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data      /     /  Nome (em letra de forma) do doador ou responsável:  Código do doador:  Código da doação:  Assinatura do doador ou responsável:  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura do responsável pela aplicação do termo:  *Apesar do profissional da saúde poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o procedimento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do procedimento recomendado.* | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Hemoterapia**  **PARA PRODUÇÃO DE COLÍRIO AUTÓLOGO** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-592FE – gráfica hcpa – mar/2022**