1. Declaro que compreendi as questões formuladas a mim e ao meu/minha filho(a), que as informações prestadas por ambos são verdadeiras eque, desde que atendam aos pré-requisitos para sua realização,autorizo a realização de coleta de células através do procedimento de aférese em meu/minha filho(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento de identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Declaro que estarei presente durante todo o procedimento.
3. Fomos orientados e compreendemos todas as etapas que compõem o procedimento de coleta de células por aférese e o significado dos termos “apto” e “inapto” para a realização do procedimento.
4. Fomos orientados e estamos cientes de que as agulhas e o equipo por onde circula o sangue durante o procedimento são estéreis e descartáveis.
5. Fomos orientados e estamos cientes de que meu/minha filho(a) poderá sofrer alguma reação secundária durante e após o procedimento e que será atendido(a) pela equipe da aférese até liberação para retorno ao hospital.
6. Fomos orientados e estamos cientes da necessidade de anticoagulação com solução contendo citrato de sódio ou citrato mais heparina, dos sintomas ocasionais que o procedimento poderá ocasionar (tonteira, dormência nos lábios, tremores, etc.) e de que, na presença de qualquer sintoma, mesmo leve, deveremos comunicar a equipe imediatamente.
7. Autorizo a coleta e guarda de dados pessoais necessários à realização da finalidade proposta.

Unidade da Fundação Hemominas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data:

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obs: Este documento não poderá tramitar por meio eletrônico não criptografado