



**Termo de Consentimento Informado – Coleta de
Células Mononucleadas por aférese em menores**



CCD: 330

1. Declaro que comprehendi as questões formuladas a mim e ao meu/minha filho(a), que as informações prestadas por ambos são verdadeiras e que, 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) _____, nascido em ____ / ____ / ____ CPF _____.

2. Declaro que estarei presente durante todo o procedimento.

3. Fomos orientados e comprehendemos 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, dentre outros.) 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: _____

Nome da mãe: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Local e data: _____, ____ / ____ / ____

Assinatura: _____