



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE

Proposto por: Núcleo de Hemoterapia		Verificado por: Núcleo Normativo/ NQS		Aprovado por: Coordenação Assistencial	
Tipo de documento: POP	Código do POP: POP.HEMON.005	Início da vigência: 10/04/2023	Próxima revisão: 09/04/2024	Versão: 22	Página: 1 de 11

RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE

	RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE	Código da Norma:	POP.HEMON.005
		Versão:	22
		Página:	2 de 11

1 OBJETIVO

Orientar a recepção, identificação e obtenção de dados que qualifiquem o candidato à doação de sangue e obtenção de sua permissão para utilização do sangue doado para fins transfusionais.

2 REFERÊNCIAS NORMATIVAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde do sangue, componentes e derivados.

BRASIL. Ministério da Saúde/ ANVISA. RDC nº 34 de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

3 GLOSSÁRIO

4 RESPONSABILIDADES

CARGOS	ATIVIDADE
Administrativo da Recepção	Recepcionar o candidato à doação de sangue; Entregar material de orientação para doação de sangue; Entregar Questionário de entrevista para preenchimento; Cadastrar o candidato à doação de sangue;

5 ATENDIMENTO DO CANDIDATO À DOAÇÃO DE SANGUE

5.1 Administrativo da Recepção deve recepcionar o candidato à doação de sangue cordialmente, cumprimentando-o e pedindo um documento de identidade com foto, a fim de fazer o preenchimento da Ficha Cadastral;

5.1.1 Não realizar cadastramento do candidato que não esteja portando documentação oficial com fotografia (carteira de identidade, carteira de motorista ou carteira de trabalho), podendo ser aceita a fotocópia autenticada, desde que as inscrições estejam legíveis e a foto permita a identificação do portador;

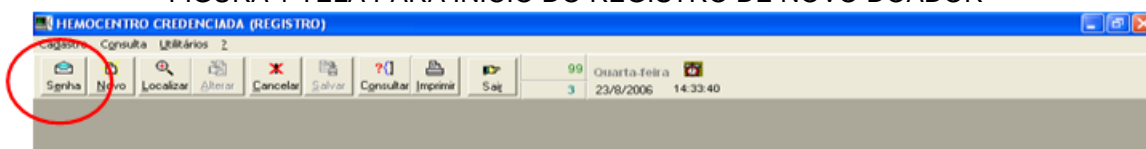
	RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE	Código da Norma:	POP.HEMON.005
		Versão:	22
		Página:	3 de 11

- 5.1.2 Documento digital com foto é aceito, desde que emitido pelo aplicativo oficial;
- 5.2 Fornecer ao candidato material de orientação acerca da doação e doenças transmissíveis pelo sangue (Anexo I);
- 5.3 Entregar o questionário para doadores de sangue para ser preenchido pelo candidato à doação (Anexo II), registrando data e iniciais do nome do candidato;
- 5.4 Cadastrar o candidato no sistema Hemovida, de acordo com item 6;
- 5.4.1 Candidatos já cadastrados deverão ser registrados para nova doação, utilizando-se o código único de registro no programa Hemovida (45000... ou 02000...) fornecido em primeira doação no INC;
- 5.5 Registrar, no Sistema Hemovida o tipo de doação (sangue total ou aférese);
- 5.5.1 No caso de doador de plaqueta por aférese, fornecer o termo de consentimento informado para a doação de plaquetas (Anexo III).
- 5.6 Anotar a data de atendimento, o código de registro único, a idade, sexo e tipo de comparecimento (espontâneo ou reposição), fornecidos pelo programa Hemovida, questionário para doadores de sangue;
- 5.7 Informar da necessidade de hidratação oral (oferecer o copo);
- 5.8 Encaminhar o candidato à doação de sangue à triagem clinico-hematológica.

6 CADASTRO DO CANDIDATO À DOAÇÃO NO PROGRAMA HEMOVIDA

- 6.1 O Administrativo da Recepção deve Acessar o sistema hemovida;
- 6.2 Clicar na opção Registro;
- 6.3 Digitar o número da matrícula em usuário, para acessar ao sistema;
- 6.4 Clicar no botão **SENHA** (Figura 1);

FIGURA 1 TELA PARA INICIO DO REGISTRO DE NOVO DOADOR



- 6.5 Clicar no botão: **NOVA** (Figura 2);

	RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE	Código da Norma:	POP.HEMON.005
		Versão:	22
		Página:	4 de 11

FIGURA 2 TELA PARA REGISTRO DE DOADOR

6.6 Digitar o nome do doador;

6.6.1 Se for a primeira vez do doador, selecione o tipo de doador e clique no botão **SALVAR**;

6.6.2 Se o doador já for cadastrado seus dados aparecerão no quadro à esquerda;

6.6.3 Verifique e confirme as informações, como filiação e/ou número de identidade, clique no botão **SIM**;

6.7 Clicar no campo data de nascimento, para cadastrar os dados do doador;

6.7.1 Se o doador já for cadastrado aparecerá o cadastro preenchido, confirme os dados, principalmente endereço e telefone e clique no botão **SALVAR**.

	RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE	Código da Norma:	POP.HEMON.005
		Versão:	22
		Página:	5 de 11

6.8 Para atender outro doador recomece o processo.

7 LOCALIZAR UM DOADOR NO PROGRAMA HEMOVIDA

7.1 O profissional do serviço de hemoterapia Clica no botão **Localizar** na tela principal (Figura 3);

FIGURA 3 TELA PRINCIPAL REGISTRO NO HEMOVIDA

7.2 Digitar o nome do doador, ou parte do nome ou a data de nascimento (Figura 4);

FIGURA 4 TELA DE BUSCA DO PACIENTE

7.3 Clicar duas vezes no nome do doador que aparecerá na tela;

7.4 Clicar OK (Figura 5);

	RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE	Código da Norma:	POP.HEMON.005
		Versão:	22
		Página:	6 de 11

FIGURA 5 TELA DO SISTEMA COM OS DADOS DO PACIENTE

The screenshot shows a web-based registration form for a blood donor. The form is titled 'HEMOCENTRO CREDENCIADA (REGISTRO)'. At the top, there is a navigation bar with 'Cadastro', 'Consulta', and 'Utilitários'. Below this is a toolbar with icons for 'Senha', 'Novo', 'Localizar', 'Alterar', 'Cancelar', 'Salvar', 'Consultar', 'Imprimir', and 'Sair'. The main form area contains the following fields:

- Data registro:** 22/8/2006
- Código do Doador:** 990000003
- Nº do Cartão SUS:** (empty)
- Grupo ABO:** (empty)
- RH:** ***
- Nascimento:** 1_5_1938
- Idade:** 48
- Etnia:** Negro
- Sexo:** F
- Nome do doador:** GEORGIA GOMIDE
- Nome do Pai:** PAI
- Nome da Mãe:** MAE
- Nacionalidade:** Brasileira
- Naturalidade:** RJ
- UF:** RJ
- Identidade:** 465489789
- Expedidor:** IFP
- UF:** RJ
- Estado civil:** Solteiro
- Profissão:** ABALIZADOR (AREAS AGRICOL)
- Escolaridade:** 1. Grau Completo
- Local de entrega do exame:** (empty)
- e-mail:** (empty)
- Endereço residencial:** Rua/Avenida: RUA
- Bairro:** BAIRRO
- Cidade:** 330455 RIO DE JANEIRO
- Fone:** 5468798596
- Celular:** 45467658

7.4.1 Para fazer alterações no cadastro do doador clique no botão **ALTERAR**, faça as alterações devidas e clique no botão **SALVAR**.

8 REGISTROS


IDENTIFICAÇÃO	ARMAZENAMENTO	PRAZO DE GUARDA	DESTINAÇÃO
Ficha de Cadastro do doador	Arquivo físico	20 anos	Arquivo externo

9 RELAÇÃO DE ANEXOS

Anexo I - Folheto informativo acerca de doação de sangue e doenças transmissíveis pelo sangue.


Anexo II - Questionário e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para doação por aférese.

	RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE	Código da Norma:	POP.HEMON.005
		Versão:	22
		Página:	7 de 11

ANEXO I

FOLHETO INFORMATIVO ACERCA DE DOAÇÃO DE SANGUE E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PELO SANGUE

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	FOLHETO INFORMATIVO ACERCA DE DOAÇÃO DE SANGUE E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PELO SANGUE

NÚCLEO DE HEMOTERAPIA ZONA SUL - HEMONSUL	
Rua das Laranjeiras, 374 – Térreo – Laranjeiras. Horário de Doação: de a 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 14:00 h.	Tel.: (21)3037-2215 E-mail: hemoincl@inc.saude.gov.br

O sangue doado no HEMONSUL é usado, principalmente, nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no Instituto Nacional de Cardiologia (INC).

NÃO ESPEREM QUE LHE PEÇAM, SEJA UM DOADOR VOLUNTÁRIO DE SANGUE!

Porque doar sangue?

- Porque sangue não se fabrica, só o organismo humano é capaz de produzi-lo.
- A sua doação vai ajudar a salvar várias vidas.

Quem pode doar sangue?

- Tem entre 16 e 69 anos, 11 meses e 29 dias (para doadores entre 16 e 17 anos é necessária a presença do responsável e o preenchimento do formulário de autorização para doação de sangue);
- O limite para a primeira doação é de 60 anos, 11 meses e 29 dias;
- Pesar mais de 50 Kg;
- Tem boa saúde, ou seja, não ser portador de doenças crônicas (tipo diabetes) e não está com nenhuma infecção ativa (como resfriado ou diarreia recente);
- Não estar em jejum;
- Evite alimentos gordurosos (leite e derivados, carnes gordurosas e frituras) nas 4 horas que antecedem a doação.

Quem NÃO pode doar sangue?

- Teve Hepatite após os 11 anos de idade;
- É portador de Doença de Chagas, ou teve contato com o "chupão" ou "barbeiro";
- Estiveram em região de Malária nos últimos seis meses;
- Foi submetido à transfusão de sangue ou derivados nos últimos 12 meses ou quem é parceiro sexual de paciente transfundido com sangue e derivados nos últimos 12 meses;
- Fez tatuagem ou *piercing* nos últimos 12 meses;
- Foi portador de Doença Sexualmente Transmissível nos últimos 12 meses;
- Tem história de gravidez atual ou recente (90 dias após o parto normal e 180 dias após a cesariana).
- Está amamentando, no período de 1 ano;
- Vacinação: o tempo de impedimento varia de acordo com o tipo de vacina;
- Alguns medicamentos impedem a doação.

Quais os testes realizados no sangue doado?


- Classificação do grupo sanguíneo e fator Rh;
- Doenças transmissíveis pelo sangue (AIDS, Sífilis, Doença de Chagas, HTLV I e II e Hepatites B e C).

Fonte: Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017- Ministério da Saúde.

	RECEPÇÃO E CADASTRO DE CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE	Código da Norma:	POP.HEMON.005
		Versão:	22
		Página:	8 de 11

ANEXO I

FOLHETO INFORMATIVO ACERCA DE DOAÇÃO DE SANGUE E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PELO SANGUE

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	FOLHETO INFORMATIVO ACERCA DE DOAÇÃO DE SANGUE E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PELO SANGUE

Quais os cuidados que devo ter após doar sangue?

- Caso ocorra qualquer anormalidade no braço da doação, retornar ao nosso serviço;
- Na ocorrência de febre, diarreia ou qualquer sinal de infecção até 14 dias após a doação, comunicar imediatamente ao Hemonúcleo;
- Se, após deixar o banco de sangue, você sentir mal-estar, tontura, fraqueza e sensação de que vai desmaiar, sente-se em qualquer local e coloque a cabeça entre os joelhos ou deite imediatamente no chão, com as pernas elevadas.

Observações

- TRAZER DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO. Poderá ser aceita fotocópia autenticada, desde que as inscrições estejam legíveis e a foto permita identificar o portador.
- Não coloque em risco a saúde dos pacientes que receberão o seu sangue.
- Leia com atenção e responda o questionário com responsabilidade.
- Na sala de triagem esclareça as suas dúvidas e responda com sinceridade às perguntas feitas pela equipe;
- Maiores esclarecimentos serão fornecidos durante a entrevista clínica que precede a doação.
- O intervalo mínimo de doação é de 60 dias para homens e 90 dias para mulheres.
- O máximo de doações no período de 12 meses é de 4 para homens e 3 para mulheres.

Importante:

- Não doe sangue se você quiser apenas fazer um exame para AIDS. Neste caso, procure um centro de Testagem Anônima. É gratuito.
- Saiba que todas as doenças infecciosas demoram um tempo variável para que seus exames diagnósticos fiquem positivos. O nome que damos a esta situação é de **Período de Janela Imunológica**, quando se é possível transmitir a infecção, e o exame laboratorial é incapaz de diagnosticá-la. Por isso é muito importante a colaboração do doador durante a entrevista clínica, fornecendo informações precisas e verdadeiras. Todas as informações prestadas são confidenciais, mas essenciais para uma correta avaliação da sua própria condição de saúde e da chance de risco para o paciente que receberá o sangue doado.
- Todo o material utilizado na coleta é descartável e esterilizado. O doador **NÃO** se expõe a qualquer risco de contaminação. A doação de sangue **NÃO** acarreta nenhum prejuízo à sua saúde.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
 Hemonúcleo Zona Sul

Cadastro do doador: _____	Doação _____
Dados de Identificação	
Nome Civil: _____ (legível e sem abreviações)	
Nome Social: _____	Idade: _____ Gênero: (F) (M) (OUTROS)

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA DOAÇÃO DE SANGUE

Declaro ter sido informado através de folheto explicativo acerca da doação de sangue. Recebi esclarecimentos sobre as possíveis reações que posso apresentar e orientações sobre o que devo fazer caso elas aconteçam. Tenho também ciência dos exames que serão feitos no meu sangue e concordo que todos eles sejam realizados. Se algum destes exames for positivo, serei avisado e convocado por carta sobre este resultado. Este resultado será também, comunicado à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de saúde do Rio de Janeiro. Estou plenamente de acordo com este procedimento e tenho ciência, que o fato de alguns dos meus exames serem positivos, não significa que eu tenha alguma doença. Os exames feitos no sangue doado, sempre necessitam de confirmação por exames mais específicos.

Estou ciente de que os resultados dos exames somente poderão ser entregues a terceiros, mediante apresentação de procuração.

Fui também informado, que caso algum exame seja anormal, o sangue que doei poderá ser descartado.

Concordo também, que outros exames além daqueles obrigatórios sejam eventualmente feitos no meu sangue, para fins de pesquisa ou esclarecimento diagnóstico. Estou também ciente, de que podem acontecer problemas que impeçam a realização de um ou mais testes laboratoriais. Neste caso, poderei ser convocado por carta a retornar para coleta de nova amostra de sangue (10 ml), ou serei encaminhado para realizar os referidos exames.

Autorizo que o plasma oriundo do sangue que doei, quando não utilizado para transfusão, seja encaminhado para produção de reagentes e hemoderivados ou como insumos para outros procedimentos, de acordo com a legislação vigente.

Autorizo o tratamento e processamento dos dados pessoais para as finalidades estabelecidas neste termo, e na forma prevista na legislação.

Conhecendo todas estas informações, declaro concordar expressamente em doar meu sangue e na realização dos exames necessários, além de autorizar a utilização terapêutica do sangue que doei, em qualquer paciente que dele necessite.

Assinatura do candidato

Dados de triagem e coleta	
[Triagem]	
Apto: (BIM) Volume: _____ (NÃO) Motivo (código) _____	Dias de inaptidão _____
Observações e encaminhamento: _____ _____	
_____ Responsável pela triagem	
[Coleta]	
Bolsa: (✓) Dupla () Tripla Lote: _____	Conector _____
Homog. _____ Início: _____	Término _____ (MBO) (MSE) Vol. Coletado _____
Intercorência: (NÃO) (BIM) Qual: _____	
_____ Responsável pela identificação	_____ Responsável pela coleta

ANEXO III
QUESTIONÁRIO PARA DOADORES DE SANGUE

QUESTIONÁRIO PARA DOADORES DE SANGUE



Responda com sinceridade este questionário, que tem como objetivo verificar se a sua doação pode por em risco a sua saúde ou a saúde das pessoas que irão receber o seu sangue.

1. JÁ DOOU SANGUE ALGUMA VEZ?	(SIM)	(NÃO)
2. TEVE ALGUM PROBLEMA APÓS A DOAÇÃO?	(SIM)	(NÃO)
3. JÁ FOI RECUADO OU APRESENTOU TESTES POSITIVOS EM DOAÇÃO ANTERIOR?	(SIM)	(NÃO)
4. DORMIU BEM À NOITE?	(SIM)	(NÃO)
5. ALIMENTOU-SE HOJE?	(SIM)	(NÃO)
6. INGERIU BEBIDA ALCOÓLICA DURANTE?	(SIM)	(NÃO)
7. REALIZOU TATUAGEM E/OU PIERCING E/OU MODIFICAÇÃO DEFINITIVA NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
8. RECEBEU TRANSFUÇÃO DE SANGUE NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
9. FEZ TRATAMENTO DENTÁRIO?	(SIM)	(NÃO)
10. ESTÁ USANDO ALGUM REMÉDIO?	(SIM)	(NÃO)
11. FOI AO MÉDICO NOS ÚLTIMOS 6 MESES?	(SIM)	(NÃO)
12. JÁ FOI OPERADO?	(SIM)	(NÃO)
13. TEM OU JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA GRAVE?	(SIM)	(NÃO)
14. TEM DOR NO PÉTO QUANDO FAZ ESPORÇÃO?	(SIM)	(NÃO)
15. ESTÁ GRÁVIDO OU TEVE FEBRE?	(SIM)	(NÃO)
16. USA OU USOU DROGAS? (SIM) (NÃO) JÁ USOU DROGA NAVEU?	(SIM)	(NÃO)
17. TOMOU ALGUMA VACINA NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
18. JÁ ESTEVE INTERNADO EM PRISÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
19. JÁ ESTEVE INTERNADO EM INSTITUIÇÃO PRODUZIDA, MUNICIPAL, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
20. JÁ VIAJOU PARA FORA DO BRASIL OU PARA A AMBÓNIA, NOS ÚLTIMOS 6 MESES?	(SIM)	(NÃO)
21. JÁ MOROU EM CASA DE PAU-A-PÓDE ou TUPA ou ONDE HÁVA O INSETO BURRERO?	(SIM)	(NÃO)
22. JÁ FEZ TESTE PARA AIDS?	(SIM)	(NÃO)
23. FEZ SEXO POR DINHEIRO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
24. JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL COM PESSOA COM EXAME POSITIVO PARA HIV (AIDS), HEPATITE B, HEPATITE C OU OUTRA INFECÇÃO TRANSMITIDA PELO SANGUE, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
25. JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL COM PESSOA QUE USA OU JÁ USOU DROGAS NA VEIA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
26. FREQUENTA OU FREQUENTOU TERMS, CASAS DE MASSAGEM, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
27. TEVE QUANTAS PARCERIAS SEXUAIS EM 01 ANO?		
28. JÁ TEVE CONTATO DIRETO COM SANGUE OU OUTRO MATERIAL DE RISCO BIOLÓGICO (ACIDENTE DE TRABALHO, TRAUMA, LUTA)	(SIM)	(NÃO)
29. JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL COM PESSOA QUE FAZ HEMODÍLISE OU QUE TENHA RECEBIDO TRANSFUÇÃO DE SANGUE, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(SIM)	(NÃO)
TEM OU JÁ TEVE UMA DAS DOENÇAS ABAIXO?		
30. DIABETES CONSTANTE, PERDA DE PESO, PLAGAS BRANCAS NA BOCA, INGUZ OU CARIÓDAS RONDAS PELO CORPO NO ÚLTIMO ANO?	(SIM)	(NÃO)
31. DIABETES (AÇÚCAR NO SANGUE)?	(SIM)	(NÃO)
32. HANSENÍASE (LEPRA) OU TUBERCULOSE?	(SIM)	(NÃO)
33. HEPATITE (ICTERICIA)?	(SIM)	(NÃO)
34. CÂNCER?	(SIM)	(NÃO)
35. DOENÇA DE PELE?	(SIM)	(NÃO)
36. DOENÇA NEUROLÓGICA (STROKE EPILEPTICO, CONVULSAO)?	(SIM)	(NÃO)
37. DOENÇA VENEREA SEXUALMENTE TRANSMISSIVEL?	(SIM)	(NÃO)
38. TEM CASOS DE DOENÇA DAVIDA LOUCANA FAMILIA?	(SIM)	(NÃO)
39. GEMAS, BRONQUITE OU ALERGIA GRAVE?	(SIM)	(NÃO)
40. JÁ TOMOU PROSCAR, ACUTANE, PROPELIX, TIGASON OU HORMÔNIO DO CRESCIMENTO?	(SIM)	(NÃO)
SOMENTE PARA MULHERES		
41. ESTÁ GRÁVIDA? (SIM) (NÃO) QUANTAS GESTAÇÕES VOCÊ JÁ TEVE? _____		
42. TEVE FILHO OU ADOLESCENTE, NOS ÚLTIMOS 6 MESES?	(SIM)	(NÃO)

Estou ciente de que posso desistir da doação a qualquer momento e que estas informações serão mantidas em sigilo. Declaro que as respostas acima são verdadeiras, estando ciente de que posso causar dano em caso de informações falsas.

Rio, ____/____/____

Assinatura do Candidato

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DOAÇÃO POR AFERESE**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA DOAÇÃO POR AFERESE

Eu, _____, declaro

ter recebido orientações acerca do procedimento de coleta de sangue por aférese, estando ciente que:

1 - Estou realizando esta doação voluntariamente, pelo que não receberei qualquer forma de remuneração ou atendimento prioritário;

2 - Meu sangue será submetido a uma série de exames sequenciais, antes e durante o período em que fizer estas doações – hemograma com contagem de plaquetas e triagem sorológica para doenças transmissíveis pelo sangue – sífilis, doença de Chagas, hepatite B e C, HIV e HTLV;

3 - Os exames para detecção de doenças transmissíveis pelo sangue visam somente a uma triagem sorológica, não estabelecendo qualquer diagnóstico definitivo de infecção ou doença, podendo significar uma reação falso-positiva em função de uma maior sensibilidade inerente a estes testes;

4 - A coleta por aférese é um procedimento tecnicamente seguro, no qual parte do meu sangue circulará em um sistema de coleta descartável e estéril, assim como todos os outros materiais utilizados durante o processo – agulhas, seringas, soluções de reposição de **potássio**;

5 - O intervalo mínimo entre duas doações de plaquetas por aférese é de 48 (quarenta e oito) horas, podendo realizar doações, no máximo 4 (quatro) vezes por mês e/ou 24 (vinte e quatro) vezes por ano.

6 - O procedimento apresenta efeitos colaterais mais frequentes do que uma doação de sangue total, por conta de uma flutuação do volume de sangue do doador enquanto este circula dentro do equipamento de coleta – suor, tontura, palpitação, **coágulo**, turvação da visão, sensação de vertigem e sonolência -, assim como pela queda de níveis séricos de cálcio, por conta da solução anticoagulante, utilizada para impedir a coagulação do sangue durante seu processamento – formigamento ou dormência de membros e em volta da boca, tremores no corpo, câimbras, contraturas nos pés e mãos;

7 - Estes efeitos indesejáveis são revertidos através de ajustes nos parâmetros de funcionamento do equipamento para coleta por aférese ou através da reposição de cálcio por via oral, durante o procedimento, estando o serviço de doação adequadamente equipado e a equipe da Sala de Coleta – médicos e equipe de enfermagem - adequadamente treinada para identificar e tratar estas intercorrências;

8 - A coleta de sangue por aférese utiliza agulha de grosso calibre para punção de acesso venoso, podendo, eventualmente, provocar hematoma ou inflamação no local, devendo ser utilizada compressa de gelo no dia da coleta e medicação tópica, a ser orientada pela equipe de atendimento do serviço;

9 - O procedimento de coleta por aférese é realizado sob a responsabilidade de um médico **hematologista**.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____

Assinatura: _____