

Consentimento Informado dádava de sangue de cordão umbilical



Instituto Português do Sangue
e da Transplantação, IP

BANCO PÚBLICO DE CÉLULAS DE CORDÃO UMBILICAL
Rua Dr. Roberto Frias | Pavilhão Maria Fernanda | Porto - Portugal
T (+351) 225 573 470 | F (+351) 225 501 101
BPCCU@IPST.min-saude.pt
www.ipst.pt

Este documento está redigido considerando o cumprimento dos requisitos exigidos no Capítulo VI da Lei 12/2009 que “*Estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana*”.

DECLARO QUE ME FOI EXPLICADO QUE:

- O sangue do cordão umbilical, após processamento laboratorial, constitui uma fonte de células que têm a capacidade de reconstituir a medula óssea em doentes com vários tipos de patologias e que a DÁDIVA DE SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL tem como objetivo a realização de um transplante de qualquer doente que dele precise e que seja compatível.
- A colheita de sangue de cordão umbilical é efetuada nos hospitais ou maternidades autorizados, desde que seja tecnicamente possível, que o sangue acumulado na placenta é recolhido durante o parto, depois do nascimento do bebé e não representa qualquer risco para o recém-nascido ou para a mãe.
- Serão extraídas amostras do meu sangue para a realização de análises a marcadores víricos (HIV, Hepatite B e C, sífilis, citomegalovirus e HTLV) no dia do parto e posteriormente, caso se revele necessário a realização de análises adicionais.
- Serão realizadas análises no sangue do cordão e serão guardadas amostras do meu sangue e do sangue do cordão para posteriores análises.
- No caso da colheita do sangue cordão umbilical não cumprir os requisitos técnicos para transplante, poderá ser inutilizado ou utilizado para investigação, para outras alternativas terapêuticas ou para estudos laboratoriais.
- Qualquer resultado inesperado encontrado nos estudos realizados ser-me-á comunicado pelo médico responsável do Banco Público de Células de Cordão Umbilical.
- A informação referente à minha pessoa e à do meu filho/a será tratada de forma confidencial e codificada de modo a que fiquem protegidas a minha identidade e a do meu filho/a. A informação recebida será tratada de acordo com a lei de protecção de dados de carácter pessoal.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

- Fico esclarecida que a DÁDIVA DE SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL é voluntária e altruísta e que o sangue será utilizado para um transplante em qualquer doente anónimo que necessite.
- Tomei conhecimento que não será atribuída nenhuma compensação económica ou de outro tipo pela dádiva do sangue do cordão umbilical.
- Comprometo-me a fornecer toda a informação solicitada nomeadamente a referente à minha história clínica e da família, hábitos de vida, comportamentos associados a risco (Ex. drogas, sexual), assim como a realizar as análises necessárias no dia do parto e posteriormente, caso se revele necessário.
- Comprometo-me a informar o Banco Público de Células de Cordão Umbilical de qualquer anomalia detetada pelo meu Médico de Família ou pelo Pediatra sobre a minha saúde ou a do meu filho/a.
- Confirmo a exatidão de todos os dados por mim facultados no questionário clínico referentes à minha história médica e familiar, antecedentes clínicos e comportamentais e ao meu estado de saúde atual.
- Comprometo-me a Informar o Banco Público de Células de Cordão Umbilical de qualquer alteração dos meus dados de contacto.
- Declaro que li e compreendi toda a presente informação, estou de acordo com a informação recebida, pude formular todas as questões que achei convenientes e fui esclarecida de todas as dúvidas apresentadas e fui informada que posso revogar a minha decisão de acordo com o anexo IV da lei 12/2009.

Nome Completo da Mãe	*Nome do Pai	Identificação do Médico (Nome Completo)
Assinatura da Mãe	*Assinatura do Pai	Assinatura do Médico Data
Nº do cartão de cidadão (B.I.)	*Nº do cartão de cidadão (B.I.)	Nº Ordem ou Carimbo do Médico
Data	*Data	

*Preenchimento não obrigatório

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO: *(este consentimento pode ser revogado em qualquer momento até à realização da dádiva)*

Revogo o consentimento prestado para a dádiva de sangue do cordão umbilical com a data: ___/___/___

Assinatura da dadora: _____ Identificação e assinatura do médico: _____

DECLARO QUE ME FOI EXPLICADO QUE:

- O sangue do cordão umbilical, após processamento laboratorial, constitui uma fonte de células que têm a capacidade de reconstituir a medula óssea em doentes com vários tipos de patologias e que a DÁDIVA DE SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL tem como objetivo a realização de um transplante de qualquer doente que dele precise e que seja compatível.
- A colheita de sangue de cordão umbilical é efetuada nos hospitais ou maternidades autorizados, desde que seja tecnicamente possível, que o sangue acumulado na placenta é recolhido durante o parto, depois do nascimento do bebé e não representa qualquer risco para o recém-nascido ou para a mãe.
- Serão extraídas amostras do meu sangue para a realização de análises a marcadores víricos (HIV, Hepatite B e C, sífilis, citomegalovirus e HTLV) no dia do parto e posteriormente, caso se revele necessário a realização de análises adicionais.
- Serão realizadas análises no sangue do cordão e serão guardadas amostras do meu sangue e do sangue do cordão para posteriores análises.
- No caso da colheita do sangue cordão umbilical não cumprir os requisitos técnicos para transplante, poderá ser inutilizado ou utilizado para investigação, para outras alternativas terapêuticas ou para estudos laboratoriais.
- Qualquer resultado inesperado encontrado nos estudos realizados ser-me-á comunicado pelo médico responsável do Banco Público de Células de Cordão Umbilical.
- A informação referente à minha pessoa e à do meu filho/a será tratada de forma confidencial e codificada de modo a que fiquem protegidas a minha identidade e a do meu filho/a. A informação recebida será tratada de acordo com a lei de protecção de dados de carácter pessoal.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

- Fico esclarecida que a DÁDIVA DE SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL é voluntária e altruísta e que o sangue será utilizado para um transplante em qualquer doente anónimo que necessite.
- Tomei conhecimento que não será atribuída nenhuma compensação económica ou de outro tipo pela dádiva do sangue do cordão umbilical.
- Comprometo-me a fornecer toda a informação solicitada nomeadamente a referente à minha história clínica e da família, hábitos de vida, comportamentos associados a risco (Ex. drogas, sexual), assim como a realizar as análises necessárias no dia do parto e posteriormente, caso se revele necessário.
- Comprometo-me a informar o Banco Público de Células de Cordão Umbilical de qualquer anomalia detetada pelo meu Médico de Família ou pelo Pediatra sobre a minha saúde ou a do meu filho/a.
- Confirmo a exatidão de todos os dados por mim facultados no questionário clínico referentes à minha história médica e familiar, antecedentes clínicos e comportamentais e ao meu estado de saúde atual.
- Comprometo-me a Informar o Banco Público de Células de Cordão Umbilica de qualquer alteração dos meus dados de contacto.
- Declaro que li e compreendi toda a presente informação, estou de acordo com a informação recebida, pude formular todas as questões que achei convenientes e fui esclarecida de todas as dúvidas apresentadas e fui informada que posso revogar a minha decisão de acordo com o anexo IV da lei 12/2009.

Nome Completo da Mãe	*Nome do Pai	Identificação do Médico (Nome Completo)
Assinatura da Mãe	*Assinatura do Pai	Assinatura do Médico
Nº do cartão de cidadão (B.I.)	*Nº do cartão de cidadão (B.I.)	Data
Data	*Data	Nº Ordem ou Carimbo do Médico

*Preenchimento não obrigatório

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO: *(este consentimento pode ser revogado em qualquer momento até à realização da dádiva)*

Revogo o consentimento prestado para a dádiva de sangue do cordão umbilical com a data: ____/____/____

Assinatura da dadora: _____ Identificação e assinatura do médico: _____

DECLARO QUE ME FOI EXPLICADO QUE:

- O sangue do cordão umbilical, após processamento laboratorial, constitui uma fonte de células que têm a capacidade de reconstituir a medula óssea em doentes com vários tipos de patologias e que a DÁDIVA DE SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL tem como objetivo a realização de um transplante de qualquer doente que dele precise e que seja compatível.
- A colheita de sangue de cordão umbilical é efetuada nos hospitais ou maternidades autorizados, desde que seja tecnicamente possível, que o sangue acumulado na placenta é recolhido durante o parto, depois do nascimento do bebé e não representa qualquer risco para o recém-nascido ou para a mãe.
- Serão extraídas amostras do meu sangue para a realização de análises a marcadores víricos (HIV, Hepatite B e C, sífilis, citomegalovirus e HTLV) no dia do parto e posteriormente, caso se revele necessário a realização de análises adicionais.
- Serão realizadas análises no sangue do cordão e serão guardadas amostras do meu sangue e do sangue do cordão para posteriores análises.
- No caso da colheita do sangue cordão umbilical não cumprir os requisitos técnicos para transplante, poderá ser inutilizado ou utilizado para investigação, para outras alternativas terapêuticas ou para estudos laboratoriais.
- Qualquer resultado inesperado encontrado nos estudos realizados ser-me-á comunicado pelo médico responsável do Banco Público de Células de Cordão Umbilical.
- A informação referente à minha pessoa e à do meu filho/a será tratada de forma confidencial e codificada de modo a que fiquem protegidas a minha identidade e a do meu filho/a. A informação recebida será tratada de acordo com a lei de protecção de dados de carácter pessoal.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

- Fico esclarecida que a DÁDIVA DE SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL é voluntária e altruísta e que o sangue será utilizado para um transplante em qualquer doente anónimo que necessite.
- Tomei conhecimento que não será atribuída nenhuma compensação económica ou de outro tipo pela dádiva do sangue do cordão umbilical.
- Comprometo-me a fornecer toda a informação solicitada nomeadamente a referente à minha história clínica e da família, hábitos de vida, comportamentos associados a risco (Ex. drogas, sexual), assim como a realizar as análises necessárias no dia do parto e posteriormente, caso se revele necessário.
- Comprometo-me a informar o Banco Público de Células de Cordão Umbilical de qualquer anomalia detetada pelo meu Médico de Família ou pelo Pediatra sobre a minha saúde ou a do meu filho/a.
- Confirmando a exatidão de todos os dados por mim facultados no questionário clínico referentes à minha história médica e familiar, antecedentes clínicos e comportamentais e ao meu estado de saúde atual.
- Comprometo-me a Informar o Banco Público de Células de Cordão Umbilical de qualquer alteração dos meus dados de contacto.
- Declaro que li e compreendi toda a presente informação, estou de acordo com a informação recebida, pude formular todas as questões que achei convenientes e fui esclarecida de todas as dúvidas apresentadas e fui informada que posso revogar a minha decisão de acordo com o anexo IV da lei 12/2009.

Nome Completo da Mãe	*Nome do Pai	Identificação do Médico (Nome Completo)
Assinatura da Mãe	*Assinatura do Pai	Assinatura do Médico Data
Nº do cartão de cidadão (B.I.)	*Nº do cartão de cidadão (B.I.)	Nº Ordem ou Carimbo do Médico
Data	*Data	

*Preenchimento não obrigatório

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO: *(este consentimento pode ser revogado em qualquer momento até à realização da dádiva)*

Revogo o consentimento prestado para a dádiva de sangue do cordão umbilical com a data: ____/____/____

Assinatura da dadora: _____ Identificação e assinatura do médico: _____