# Questionário médico e declaração de consentimento

## Questionário médico

Número da colheita

Acaba de ler a **folha informativa para dadores e dadoras de sangue**. Com base nesta, declara poder dar sangue. Queira, por favor, responder ainda, com exatidão, às seguintes perguntas, assinalando com uma cruz os campos sim ou não. Com isso, contribui consideravelmente para minimizar os riscos residuais para si e para o recetor do sangue.

**A declaração de consentimento e confirmação devem ser preenchidas e assinadas pelo dador/a:**

- Declaro o meu acordo em dar o meu sangue.
- Com a minha assinatura confirmo ter lido e entendido a folha informativa para dadores e dadoras de sangue. Quaisquer dúvidas foram-me esclarecidas de forma satisfatória.
- Confirmo a veracidade dos meus dados pessoais e o preenchimento do questionário correspondendo à verdade.
- Dou o meu consentimento para que o meu sangue, caso necessário, seja examinado também por métodos genéticos, seja mantida, ao abrigo da Lei de Medicamentos, uma amostra para possíveis exames posteriores e eu seja informado sobre resultados divergentes.
- Concordo que uma parte da minha dádiva poderá ser utilizada na produção de medicamentos.
- Os dados pessoais recolhidos no âmbito da dádiva de sangue estão sujeitos a sigilo médico. Estes dados são para uso interno e do Serviço de Dádiva de Sangue da CVS da Suíça (B-CH) e dos Serviços Regionais de Dádiva de Sangue (RBSD). Os Serviços Regionais de Dádiva de Sangue são obrigados a cumprir a Lei de Protecção de Dados e por lei a comunicar às autoridades doenças com obrigatoriedade de participação. Para o tratamento dos pacientes, apenas são transmitidas informações codificadas (número do dador, número do produto) e características do grupo sanguíneo.

**Apelido:** **Nome próprio:** **Data de nascimento:** **Data:** **Assinatura:**

| | | Sim | Não | Visto |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Já deu sangue alguma vez? Se sim, quando pela última vez? _____ Onde?_____ | ☐ | ☐ | |
| 2. | Pesa no mínimo 50 kg? | ☐ | ☐ | |
| 3. | Sente-se saudável atualmente? | ☐ | ☐ | |
| 4. | Passou por um tratamento de higiene oral ou dentário nos últimos 14 dias? | ☐ | ☐ | |
| 5. | Esteve em tratamento médico ou teve mais de 38° C de febre ou outras doenças leves, como a diarreia ou uma constipação, nas últimas 4 semanas? | ☐ | ☐ | |
| 6. | a) Tomou medicamentos - incluindo os de venda livre - nas últimas 4 semanas (p. ex. comprimidos, injeções, supositórios)? Em caso afirmativo, quais?_____ | ☐ | ☐ | |
| | b) Nas últimas 4 semanas, tomou medicamentos contra o aumento da próstata ou queda de cabelo (por exemplo, Proscar®, Finasterid-Mepha Procapil®, Finacapil® ou Propecia®) ou contra a acne/eczema (por exemplo, Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® ou Toctino®) ou contra a depressão (medicamentos que contêm lítio, por exemplo, Lithiofor®) ou enxaqueca (por exemplo, Topamax®) ou contra um distúrbio bipolar (por exemplo, Convulex® ou Tegretol®)? | ☐ | ☐ | |
| | c) Tomou medicamentos para a endometriose (por exemplo, Lucrin Depot®) por via injetável nos últimos 2 meses? | ☐ | ☐ | |
| | d) Nos últimos 4 meses, tomou medicamentos anti-retrovirais/PEP/PrEP (por exemplo, Truvada®, Isentress® Prezista® ou Norvir®) ou recebeu medicamentos produzidos a partir de sangue? | ☐ | ☐ | |
| | e) Tomou nos últimos 6 meses ~~Avodart® ou Duodart®~~medicamentos com dutasterida contra a hiperplasia da próstata~~?~~ (por exemplo Avodart® ou Duodart®)? | ☐ | ☐ | |
| | f) Recebeu citostáticos (por exemplo, metotrexato® contra a psoríase ou a artrite) nos últimos 6 meses? | ☐ | ☐ | |
| | g) Tomou nos últimos 3 anos Neotigason®, Acicutan® contra a psoríase ou Erivedge® devido a um carcinoma basocelular ou recebeu uma injeção de PrEP contra o VIH? | ☐ | ☐ | |
| 7. | ~~a) Já recebeu alguma vez imunoterapia (células ou soros de origem humana ou animal)?~~a) Tomou vacinas nas últimas 4 semanas?<br>Quais? _____ Quando? _____ | ☐ | ☐ | |
| | ~~b) Foi vacinado contra a raiva ou tétano nos últimos 12 meses?~~ b) Recebeu, nos últimos 4 meses, anticorpos como proteção após um possível contacto com uma doença (imunização passiva); (por exemplo, Cytotect CP Biotest®, Hepatect CP® ou Varitect CP®, Tetagam P®)? | ☐ | ☐ | |
| | ~~c) Tomou outras vacinas nas últimas 4 semanas?~~<br>~~Quais?~~ _____ ~~Quando?~~ _____<br>c) Recebeu profilaxia contra a raiva nos últimos 12 meses após uma mordida no estrangeiro? | ☐ | ☐ | |
| 8. | Tem ou já teve alguma das seguintes doenças ou sintomas de doença?<br>a) Doença cardiocirculatória ou pulmonar (p. ex. tensão arterial alta/muito baixa, enfarte cardíaco, dificuldade em respirar, derrame cerebral, apoplexia, desmaio)? | ☐ | ☐ | |
| | b) Doenças de pele (p. ex. ferimento, dermatite, eczema, herpes labial) ou alergia (p. ex. febre dos fenos, asma, medicamentos)? | ☐ | ☐ | |

| | Sim | Não | Visto |
|---|---|---|---|
| c) Outras doenças, p. ex. diabetes, sangue, coagulação sanguínea, vasos sanguíneos, rins, nervos, epilepsia, cancro, osteoporose? | ☐ | ☐ | |
| 9. Nos últimos ~~3 anos~~12 meses ou desde a sua última dádiva de sangue teve ☐ um internamento? ☐ um acidente? ☐ uma cirurgia? | ☐ | ☐ | |
| 10. a) Recebeu alguma vez um transplante de tecido ~~humano ou animal~~ou células humanos ou animais, ou recebeu algum transplante de órgãos? | ☐ | ☐ | |
| b) Foi alguma vez submetido a uma cirurgia no cérebro ou na medula espinhal no estrangeiro? | ☐ | ☐ | |
| c) Foram-lhe ministradas hormonas do crescimento ou injeções hormonais para o tratamento da infertilidade antes de ~~1.1~~01.01.1986? | ☐ | ☐ | |
| d) Foi-lhe diagnosticada, ou a algum seu parente consanguíneo, a doença de Creutzfeldt-Jakob (vacas loucas) ou existe alguma suspeita nesse sentido? | ☐ | ☐ | |
| e) Recebeu nos últimos 4 meses ou desde a sua última doação de sangue alguma transfusão de sangue? | ☐ | ☐ | |
| 11. a) Esteve fora da Suíça nos últimos 6 meses?<br>Se sim, onde e por quanto tempo? _____ Quando é que regressou? _____ | ☐ | ☐ | |
| b) Teve lá, ou desde o seu retorno, sintomas de doença (p. ex. febre)?<br>Se sim, queira detalhar, por favor: _____ | ☐ | ☐ | |
| 12. a) Nasceu, cresceu ou passou mais de 6 meses fora da Suíça?<br>Em caso afirmativo, em que país? _____<br>Em caso afirmativo, desde quando vive na Suíça? _____ | ☐ | ☐ | |
| b) A sua mãe nasceu, cresceu ou viveu fora do território europeu por mais de 6 meses?<br>Em caso afirmativo, em que país? _____ | ☐ | ☐ | |
| 13. a) Nos últimos<br>- **6 meses** desenvolveu alguma**:** ☐ Toxoplasmose ☐ Mononucleose infeciosa ☐ Amebíase ☐ Shigelose ☐ TBE<br>- **12 meses** desenvolveu alguma**:** ☐ Bilharzíase ☐ Gonorreia<br>- **2 anos** desenvolveu alguma: ☐ Osteomielite ☐ Febre reumática ☐ Tuberculose ☐ Febre recorrente ☐ Síndrome de Guillain Barré ☐ Febre Q | ☐ | ☐ | |
| b) **Alguma vez** teve uma das seguintes doenças infecciosas:<br>☐ Malaria ☐ Doença de Chagas ☐ Brucelose ☐ Equinococose ☐ Leishmaniose ☐ Linfogranuloma venéreo ☐ Filaríase ☐ Babesiose ☐ Ebola ou outra infecção grave?<br>Se sim, quele? Quando?_____ | ☐ | ☐ | |
| c) Durante as últimas 4 semanas sofreu uma picada de carraça? | ☐ | ☐ | |
| d) Durante as últimas 4 semanas teve contacto com doenças infeciosas? Se sim, quais? _____ | ☐ | ☐ | |
| 14. Durante os últimos 4 meses passou por: ☐ Tatuagem, ☐ Piercing, ☐ Depilação elétrica, ☐ Procedimentos cosméticos como maquilhagem permanente ou microblading, ☐ Gastroscopia ou colonoscopia, ☐ Acupunctura, ☐ Contacto com sangue de outra pessoa (ferida por agulhada, salpicos de sangue nos olhos, boca ou outro local, ☐ Aplicação de sanguessugas? Quando? _____Onde?_____ | ☐ | ☐ | |
| 15. Uma ou várias das seguintes situações de risco aplicam-se ao seu caso? | | | |
| • Teve uma nova relação sexual ou mudou de parceiro/a sexual nos últimos 4 meses? | ☐ | ☐ | |
| • Teve contacto sexual (protegido ou não protegido) com mais de duas pessoas nos últimos 4 meses? | ☐ | ☐ | |
| • Teve contacto sexual sob a influência de drogas sintéticas nos últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | |
| • Teve contacto sexual com recepção de dinheiro ou outros serviços (drogas ou medicamentos) nos últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | |
| • Já injectou alguma vez drogas? | ☐ | ☐ | |
| • Já teve alguma vez um resultado positivo de testes de VIH (SIDA) ou icterícia (hepatite B ou C) ou teve um teste positivo? | ☐ | ☐ | |
| • Já teve sífilis? | ☐ | ☐ | |
| • O seu/~~a~~ sua companheiro/a, parceiro/a sexual ou coabitante ou respetivamente o seu/~~a~~ sua companheiro/a, parceiro/a sexual ou coabitante dos últimos 6 meses adoeceu de icterícia (hepatite B ou C)? | ☐ | ☐ | |
| • O seu /~~a~~ sua, parceiro/a sexual adoeceu de zica nos últimos 3 meses? | ☐ | ☐ | |
| 16. a) Teve nos últimos 12 meses contacto sexual com parceiros ou parceiras que tenham estado expostos a alguma das situações de risco descritas na pergunta 15? | ☐ | ☐ | |
| b) Teve nos últimos 4 meses contacto sexual com parceiros/parceiras que estiveram em países de risco de HIV e/ou hepatite C (HCV) e/ou hepatite B (HBV) por mais de 6 meses ou receberam transfusões de sangue lá? Data de regresso do parceiro, da parceira_____ | ☐ | ☐ | |
| 17. Se for o seu caso:<br>Já esteve grávida? Se sim, quando pela última vez? _____ | ☐ | ☐ | |

**A ser preenchido pelo Serviço Regional de Dádiva de Sangue:**

Observações rel. à questão__:_____

rel. à questão___:_____

rel. à questão___:_____

▶ Controlo do preenchimento completo do questionário e da assinatura Data: _____ Visto SDS: _____

▶ Aptidão para dádiva Sim ☐
Não ☐ Motivo: _____ Data: _____ Visto SDS: _____

## DADOS PESSOAIS & INFORMAÇÕES ADICIONAIS (indicações regionais)