



## 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Pesa no mínimo 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sente-se saudável atualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Passou por um tratamento de higiene oral ou dentário nos últimos 14 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Tomou medicamentos - incluindo os de venda livre - nas últimas 4 semanas (p. ex. comprimidos, injeções, supositórios)? Em caso afirmativo, quais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Tomou medicamentos para a endometriose (por exemplo, Lucrin Depot®) por via injetável nos últimos 2 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Tomou nos últimos 6 meses Avodart® ou Duodart® contra a hiperplasia da próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Recebeu citostáticos (por exemplo, metotrexato® contra a psoríase ou a artrite) nos últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Tomou nos últimos 3 anos Neotigason®, Acicutan® contra a psoríase ou Erivedge® devido a um carcinoma basocelular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) Já recebeu alguma vez imunoterapia (células ou soros de origem humana ou animal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Foi vacinado contra a raiva ou tétano nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Tomou outras vacinas nas últimas 4 semanas? Quais? _____ Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Tem ou já teve alguma das seguintes doenças ou sintomas de doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Doença cardiocirculatória ou pulmonar (p. ex. tensão arterial alta/muito baixa, enfarte cardíaco, dificuldade em respirar, derrame cerebral, apoplexia, desmaio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Doenças de pele (p. ex. ferimento, dermatite, eczema, herpes labial) ou alergia (p. ex. febre dos fenos, asma, medicamentos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Outras doenças, p. ex. diabetes, sangue, coagulação sanguínea, vasos sanguíneos, rins, nervos, epilepsia, cancro, osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Nos últimos 3 anos ou desde a sua última dádiva de sangue teve □ um internamento? □ um acidente? □ uma cirurgia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	Sim	Não	Visto
10. a) Recebeu alguma vez um transplante de tecido humano ou animal, ou recebeu algum transplante de órgãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Foi alguma vez submetido a uma cirurgia no cérebro ou na medula espinhal no estrangeiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Foram-lhe ministradas hormonas do crescimento ou injeções hormonais para o tratamento da infertilidade antes de 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Foi-lhe diagnosticada, ou a algum seu parente consanguíneo, a doença de Creutzfeldt-Jakob (vacas loucas) ou existe alguma suspeita nesse sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Recebeu nos últimos 4 meses ou desde a sua última doação de sangue alguma transfusão de sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. a) Esteve fora da Suíça nos últimos 6 meses? Se sim, onde e por quanto tempo? _____ Quando é que regressou? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Teve lá, ou desde o seu retorno, sintomas de doença (p. ex. febre)? Se sim, queira detalhar, por favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Nasceu, cresceu ou passou mais de 6 meses da Suíça? Em caso afirmativo, em que país? _____ Em caso afirmativo, desde quando vive na Suíça? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) A sua mãe nasceu, cresceu ou viveu fora do território europeu por mais de 6 meses? Em caso afirmativo, em que país? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a) Nos últimos - 6 meses desenvolveu alguma: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Mononucleose infeciosa <input type="checkbox"/> Amebiase <input type="checkbox"/> Shigelose <input type="checkbox"/> TBE - 12 meses desenvolveu alguma: <input type="checkbox"/> Bilharzíase <input type="checkbox"/> Gonorreia - 2 anos desenvolveu alguma: <input type="checkbox"/> Osteomielite <input type="checkbox"/> Febre reumática <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Febre recorrente <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain Barré <input type="checkbox"/> Febre Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) <b>Alguma vez</b> teve uma das seguintes doenças infecciosas: <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Doença de Chagas <input type="checkbox"/> Brucelose <input type="checkbox"/> Equinococose <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Linfogranuloma venéreo <input type="checkbox"/> Filariase <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola ou outra infecção grave? Se sim, quele? Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Durante as últimas 4 semanas sofreu uma picada de carraça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Durante as últimas 4 semanas teve contacto com doenças infeciosas? Se sim, quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Durante os últimos 4 meses passou por: <input type="checkbox"/> Tatuagem, <input type="checkbox"/> Piercing, <input type="checkbox"/> Depilação elétrica, <input type="checkbox"/> Procedimentos cosméticos como maquilhagem permanente ou <i>microblading</i> , <input type="checkbox"/> Gastroscopia ou colonoscopia, <input type="checkbox"/> Acupunctura, <input type="checkbox"/> Contacto com sangue de outra pessoa (ferida por agulhada, salpicos de sangue nos olhos, boca ou outro local, <input type="checkbox"/> Aplicação de sanguessugas? Quando? _____ Onde? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Uma ou várias das seguintes situações de risco aplicam-se ao seu caso?			
• Teve uma nova relação sexual ou mudou de parceiro sexual nos últimos 4 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Teve contacto sexual (protegido ou não protegido) com mais de duas pessoas nos últimos 4 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Teve contacto sexual sob a influência de drogas sintéticas nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Teve contacto sexual com recepção de dinheiro ou outros serviços (drogas ou medicamentos) nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Já injetou alguma vez drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Já teve alguma vez um resultado positivo de testes de VIH (SIDA) ou icterícia (hepatite B ou C) ou teve um teste positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Já teve sifilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• O seu /a sua, parceiro/a sexual adoeceu de zica nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. <u>Se for o seu caso:</u> Já esteve grávida? Se sim, quando pela última vez? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ  
TRANSFUSION CRS SUISSE  
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Anhang Art. 7.8 Questionário médico e declaração de  
consentimento

Dokumentart: ANH

Gültig ab: 01.02.2026

Version: 4

**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)*