



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Anhang Art. 7.8 Questionário médico e declaração de consentimento

Dokumentart: ANH

Gültig ab: 01.02.20252026

Version: 23

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 **exclusivo** do Serviço de Dádiva de Sangue da CVS da Suíça (B-CH) e dos Serviços Regionais de Dádiva de Sangue (RBS). 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, por exemplo uma obturação, 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 (p. ex. <u>Alocapil® Proscar® Finasterid-Mepha Procapil®</u> , Finacapil® ou Propecia® ou Proscar®) ou contra a <u>acne/eczema</u> (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® ou Toctino®) ou contra a <u>depressão</u> (medicamentos que contêm lítio, por exemplo, Lithiofor®) ou <u>enxaqueca</u> (por exemplo, Topamax®) ou contra um <u>distúrbio bipolar</u> (por exemplo, Convulex® ou Tegreto®)?	☐	☐	
c) Tomou medicamentos para a endometriose (por exemplo, <u>Lucrin Depot®</u>) por via injetável nos últimos 2 meses?	☐	☐	
d) Nos últimos 4 meses, tomou medicamentos anti-retrovirais/PEP/PrEP (p. ex. Truvada®, Isentress® Prezista® ou Norvir®) ou recebeu medicamentos produzidos a partir de sangue?	☐	☐	
e) Tomou nos últimos 6 meses Avodart® ou Duodart® contra a hiperplasia da próstata?	☐	☐	
f) Recebeu citostáticos (por exemplo, <u>metotrexato</u> 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?	☐	☐	
h) Recebeu nos últimos 12 meses algum medicamento feito a partir de sangue?	☐	☐	
7. a) Já recebeu alguma vez imunoterapia (células ou soros de origem humana ou animal)?	☐	☐	
b) Foi vacinado contra a raiva ou tétano nos últimos 12 meses?	☐	☐	
c) Tomou outras vacinas nas últimas 4 semanas? Quais? _____ Quando? _____	☐	☐	
8. Tem ou já teve alguma das seguintes doenças ou sintomas de doença?	☐	☐	
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)?	☐	☐	



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Anhang Art. 7.8 Questionário médico e declaração de consentimento

Dokumentart: ANH

Gültig ab: 01.02.20252026

Version: 23

	Sim	Não	Visto
c) Outras doenças, p. ex. diabetes, sangue, coagulação sanguínea, vasos sanguíneos, rins, nervos, epilepsia, cancro, osteoporose?	☐	☐	
9. Nos últimos 3 anos 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 recebeu algum transplante de órgãos?	☐	☐	
b) Foi alguma vez submetido a uma cirurgia no cérebro ou na medula espinhal <u>no estrangeiro</u> ?	☐	☐	
c) Foram-lhe ministradas hormonas do crescimento <u>ou injeções hormonais para o tratamento da infertilidade</u> antes de 1.1.1986?	☐	☐	
d) Foi-lhe diagnosticada, ou a algum seu parente consanguíneo, a doença de Creutzfeldt-Jakob (vacas loucas) ou existe alguma suspeita nesse sentido?	☐	☐	
e) Esteve entre 1.1.1980 e 31.12.1996 por um total de 6 meses ou mais na Grã-Bretanha (Inglaterra, País de Gales, Escócia, Irlanda do Norte, Ilha de Man, Ilhas do Canal, Gibraltar e Ilhas Malvinas)?	☐	☐	
f) Recebeu <u>nos últimos 4 meses ou desde a sua última doação de sangue</u> alguma transfusão de sangue desde 1.1.1980?	☐	☐	
11. a) Esteve fora da Suíça nos últimos <u>126</u> meses? Se sim, onde e por quanto tempo? _____ Quando é que regressou? _____	☐	☐	
b) Teve lá, ou desde o seu retorno, sintomas de doença (p. ex. <u>febre</u>)? _____ <u>Febre</u> ? Se sim, queira detalhar, por favor: _____	☐	☐	
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? _____	☐	☐	
b) A sua mãe nasceu, cresceu ou viveu fora do território europeu por mais de 6 meses? Em caso afirmativo, em que país? _____	☐	☐	
13. a) Nos últimos - 6 meses desenvolveu alguma: ☐ Toxoplasmose ☐ Mononucleose infecciosa ☐ Amebíase ☐ Shigelose ☐ TBE - 12 meses desenvolveu alguma: ☐ Bilharzíase ☐ Gonorreia - 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: ☐ Malaria ☐ Doença de Chagas ☐ Brucelose ☐ Equinococose ☐ Leishmaniose ☐ Linfgranuloma venéreo ☐ Filariase ☐ Babesiose ☐ Ebola ou outra infecção grave? Se sim, quele? _____ <u>Quando?</u> _____ <u>Quando?</u> _____	☐	☐	
c) Durante as últimas 4 semanas sofreu uma picada de carraça?	☐	☐	
d) Durante as últimas 4 semanas teve contacto com doenças infecciosas? Se sim, quais? _____	☐	☐	
14. Durante os últimos 4 meses passou por: ☐ Tatuagem, ☐ Piercing, ☐ Depilação elétrica, ☐ Procedimentos cosméticos como maquilhagem permanente ou <u>microblading</u> , ☐ Gastroscoopia ou colonoscopia, ☐ Acupuntura, ☐ Contacto com sangue de outra pessoa (ferida por agulhada, salpicos de sangue nos olhos, boca ou outro local? <u>Quando?</u> _____, ☐ Aplicação de sanguessugas? <u>Quando?</u> _____ <u>Onde?</u> _____	☐	☐	
15. Já teve alguma vez uma icterícia (hepatite) ou passou por um teste de hepatite com resultado positivo?	☐	☐	



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Anhang Art. 7.8 Questionário médico e declaração de consentimento

Dokumentart: ANH

Gültig ab: 01.02.20252026

Version: 23

	Sim	Não	Visto
16. a) 15. Uma ou várias das seguintes situações de risco aplicam-se ao seu caso? • Mudou o seu <u>Teve uma nova relação sexual ou mudou de</u> parceiro 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. ba) Teve nos últimos 12 meses contacto sexual com parceiros ou parceiras que tenham estado expostos a alguma das situações de risco descritas na pergunta 16a15? eb) 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. Apenas para mulheres responderem: Se for o seu caso: Já esteve grávida? Se sim, quando pela última vez? _____ Foram-lhe ministradas injeções de hormonas antes de 1.1.1986 para tratamento de infertilidade?	☐ ☐	☐ ☐	

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)