

Anhang Art. 7.8 Questionário médico e declaração de consentimento		
Dokumentart: ANH		
Gültig ab: 01.02.2025	Version: 2	

Questionário médico e declaração de consentimento			
Questionário médico	Número da colheita		

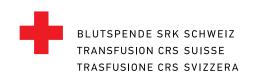
Acaba de ler a **folha informativa para dadores e dadoras de sangue**. Com base nesta, declara poder dar sangue. Queira, por favor, responder ainda, com exatidão, às seguintes perguntas, assinalando com uma cruz os campos sim ou não. Com isso, contribui consideravelmente para minimizar os riscos residuais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

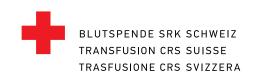
Apeli	do: Nome próprio: Data de nascimento: Data:	Assinatura:		
		Sim	Nã o	Visto
1.	Já deu sangue alguma vez? Se sim, quando pela última vez? Onde?			
2.	Pesa no mínimo 50 kg?			
3.	Sente-se saudável atualmente?			
4.	Passou por um tratamento de higiene oral ou dentário, por exemplo uma obturação, nos últimos 14 dias?			
5.	Esteve em tratamento médico ou teve mais de 38° C de febre ou outras doenças leves, como a diarreia ou u constipação, nas últimas 4 semanas?	uma 🔲		
6.	<ol> <li>a) Tomou medicamentos - incluindo os de venda livre - nas últimas 4 semanas (p. ex. comprimidos, injeções supositórios)? Em caso afirmativo, quais?</li> </ol>			
	b) Nas últimas 4 semanas, tomou medicamentos contra o aumento da próstata ou queda de cabelo (p. ex. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® ou Proscar®) ou contra a acne (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® ou Toctino®)?			
	c) Nos últimos 4 meses, tomou medicamentos anti-retrovirais/PEP/PrEP (p. ex. Truvada®, Isentress® Prezis® ou Norvir®)?	sta 🔲		
	d) Tomou nos últimos 6 meses Avodart® ou Duodart® contra a hiperplasia da próstata?			
	e) Tomou nos últimos 3 anos Neotigason®, Acicutan® contra a psoríase ou Erivedge ® devido a um carcinom basocelular?	na 🗆		
	f) 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)?	e		
	b) Doenças de pele (p. ex. ferimento, dermatite, eczema, herpes labial) ou alergia (p. ex. febre dos fenos, asma, medicamentos)?			
	c) Outras doenças, p. ex. diabetes, sangue, coagulação sanguínea, vasos sanguíneos, rins, nervos, epilepsicancro, osteoporose?	а, 🗆		
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 órgão	os?		
	b) Foi alguma vez submetido a uma cirurgia no cérebro ou na medula espinhal?			
	c) Foram-lhe ministradas hormonas do crescimento antes de 1.1.1986?			

Veröffentlichung: 01.11.2024 Seite: 1 von de 3



Anhang Art. 7.8 Questionário médico e declaração de consentimento		
Dokumentart: ANH		
Gültig ab: 01 02 2025	Version: 2	

	Sim	Nã o	Visto
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 alguma transfusão de sangue desde 1.1.1980?			
11. a) Esteve fora da Suíça nos últimos 12 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. febre)? 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:			
b) Alguma vez teve uma das seguintes doenças infecciosas:  Malaria Doença de Chagas Brucelose Equinococose Leishmaniose Linfogranuloma venéreo Filaríase Babesiose Ebola ou outra infecção grave?  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 <i>microblading</i> , ☐ Gastroscopia ou colonoscopia, ☐ Acupunctura, ☐ Contacto com sangue de outra pessoa (ferida por agulhada, salpicos de sangue nos olhos, boca ou outro local? Quando? Onde?			
15. Já teve alguma vez uma icterícia (hepatite) ou passou por um teste de hepatite com resultado positivo?			
<ul> <li>16. a) Uma ou várias das seguintes situações de risco aplicam-se ao seu caso?</li> <li>Mudou o seu parceiro sexual nos últimos 4 meses?</li> <li>Teve contacto sexual (protegido ou não protegido) com mais de duas pessoas nos últimos 4 meses?</li> <li>Teve contacto sexual sob a influência de drogas sintéticas nos últimos 12 meses?</li> <li>Teve contacto sexual com recepção de dinheiro ou outros serviços (drogas ou medicamentos) nos últimos 12 meses?</li> <li>Já injectou alguma vez drogas?</li> <li>Já teve alguma vez um resultado positivo de testes de VIH (SIDA) ou icterícia (hepatite B ou C)?</li> <li>Já teve sífilis?</li> <li>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)?</li> <li>O seu /a sua, parceiro/a sexual adoeceu de zica nos últimos 3 meses?</li> <li>16. b) Teve nos últimos 12 meses contacto sexual com parceiros ou parceiras que tenham estado expostos a alguma das situações de risco descritas na pergunta 16a?</li> <li>c) 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</li> </ul>			
sangue lá? Data de regresso do parceiro, da parceira			



Anhang Art. 7.8 Questionário médico e declaração consentimento			
Dokumentart: ANH			
Gültig ab: 01.02.2025		Version: 2	

A ser preench	nido pelo Serviço Regional de Dádiva de Sangue:			
Observações	rel. à questão:			
	rel. à questão:			
	rel. à questão:			
► Controlo do p	preenchimento completo do questionário e da assinatura	Data:	Visto SDS:	
► Aptidão par	ra dádiva Sim 🗌 Não 🗌 Motivo:	Data:	Visto SDS:	
DADOS PESSOAIS & INFORMAÇÕES ADICIONAIS				
(lindicações regionals)				