



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ  
TRANSFUSION CRS SUISSE  
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

## Anhang 7.8 Questionário médico e declaração de consentimento

Dokumentart: ANH

Gültig ab: 01.07.2024

Version: 1

### 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.
- Confirmando 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.

Apelido: \_\_\_\_\_ Nome próprio: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

	Sim	Nã o	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, por exemplo uma obturação, 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 (p. ex. Alocafil®, Finacopil®, Propecia® ou Proscar®) ou contra a acne (p. ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® ou Toctino®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nos últimos 4 meses, tomou medicamentos anti-retrovirais/PEP/PrEP (p. ex. Truvada®, Isentress® Prezista® ou Norvir®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Tomou nos últimos 6 meses Avodart® ou Duodart® contra a hiperplasia da próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Tomou nos últimos 3 anos Neotigason®, Acicutan® contra a psoríase ou Erivedge® devido a um carcinoma basocelular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Recebeu nos últimos 12 meses algum medicamento feito a partir de sangue?	<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 <input type="checkbox"/> um internamento? <input type="checkbox"/> um acidente? <input type="checkbox"/> uma cirurgia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Foram-lhe ministradas hormonas do crescimento antes de 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ  
TRANSFUSION CRS SUISSE  
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Anhang 7.8 Questionário médico e declaração de consentimento

Dokumentart: ANH

Gültig ab: 01.07.2024

Version: 1

	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Recebeu alguma transfusão de sangue desde 1.1.1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. a) Esteve fora da Suíça nos últimos 12 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 - <b>6 meses</b> desenvolveu alguma: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Mononucleose infecciosa <input type="checkbox"/> Amebíase <input type="checkbox"/> Shigelose <input type="checkbox"/> TBE - <b>12 meses</b> desenvolveu alguma: <input type="checkbox"/> Bilharzíase <input type="checkbox"/> Gonorreia - <b>2 anos</b> 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"/>	<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"/> Filaríase <input type="checkbox"/> Febre Q <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola ou outra infecção grave? Se sim, que? 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 infecciosas? 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"/> Gastrosopia ou colonoscopia, <input type="checkbox"/> Acupuntura, <input type="checkbox"/> Contacto com sangue de outra pessoa (ferida por agulhada, salpicos de sangue nos olhos, boca ou outro local)? Quando? Onde? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Já teve alguma vez uma icterícia (hepatite) ou passou por um teste de hepatite com resultado positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. a) Uma ou várias das seguintes situações de risco aplicam-se ao seu caso? • Mudou o seu 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), sífilis ou icterícia (hepatite B ou C)? • 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?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 sangue lá? Data de regresso do parceiro, da parceira _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. <i>Apenas para mulheres responderem:</i> Já esteve grávida? Se sim, quando pela última vez? _____ Foram-lhe ministradas injeções de hormonas antes de 1.1.1986 para tratamento de infertilidade?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ  
TRANSFUSION CRS SUISSE  
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Anhang 7.8 Questionário médico e declaração de consentimento

Dokumentart: ANH

Gültig ab: 01.07.2024

Version: 1

**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)***