



Universidade
Federal
Fluminense



Universidade Federal Fluminense
Hospital Universitário Antônio Pedro



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOADOR

Tipagem: _____ HbS: _____ Idade: _____

Bolsa para coleta: _____ Volume: _____

QUESTIONARIO DOADOR			
	Data: __/__/____	SIM	NÃO
1	JÁ DOOU SANGUE?		
2	QUANDO E ONDE FOI A ÚLTIMA DOAÇÃO?		
3	TEVE ALGUM PROBLEMA APÓS A DOAÇÃO?		
4	JÁ FOI RECUSADO (A) OU APRESENTOU TESTES POSITIVOS EM DOAÇÃO ANTERIOR?		
5	DORMIU BEM ESTA NOITE?		
6	TEM OU JÁ TEVE PROBLEMA DE SAÚDE?		
7	ESTÁ USANDO OU FEZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO? ALGUM HORMÔNIO?		
8	ESTEVE GRIPADO (A) NA ÚLTIMA SEMANA, COM TOSSE OU FEBRE?		
9	TEVE DIARRÉIA PERSISTENTE, EMAGRECIMENTO, FEBRE OU INGUA NOS ÚLTIMOS MESES?		
10	TEVE DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA OU COVID-19 NOS ÚLTIMOS MESES?		
11	INGERE BEBIDA ALCOÓLICA DIARIAMENTE?		
13	JÁ RECEBEU TRANSFUSÃO DE SANGUE OU DERIVADOS? QUANDO?		
15	RECEBEU ALGUMA VACINA NO ÚLTIMO ANO? QUANDO? QUAL?		
16	JÁ TEVE HEPATITE OU FICOU AMARELO?		
17	JÁ TEVE SÍFILIS, GONORRÉIA OU DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL?		
18	TEM DIABETES?		
19	TEM PROBLEMAS CARDÍACOS?		
20	JÁ TEVE CÂNCER?		
21	JÁ TEVE OU TEM DOENÇA NEUROLÓGICA (EPILEPSIA, CONVULSÃO)?		
23	FEZ ALGUMA CIRURGIA NOS ÚLTIMOS 6 MESES?		
25	TEM PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS? TEVE TUBERCULOSE?		
27	VIAJOU PARA A REGIÃO NORTE DO BRASIL OU PARA O EXTERIOR RECENTEMENTE? MOROU FORA DO BRASIL?		
28	RECEBEU MEDICAÇÃO PARA PROFILAXIA CONTRA A INFECÇÃO PELO HIV PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) OU PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)?		
29	INICIOU RELAÇÃO SEXUAL COM NOVA PARCERIA?		
30	TEVE MAIS DE TRÊS PARCERIAS SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 3 MESES?		
31	FEZ SEXO COM MAIS DE UMA PARCERIA SIMULTANEAMENTE OU SUAS PARCERIAS SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?		
32	JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL COM PESSOAS COM EXAME POSITIVO DE AIDS, HEPATITE OU COM ALGUÉM QUE FAZ HEMODIÁLISE?		
33	JÁ SE RELACIONOU SEXUALMENTE COM ALGUÉM QUE USA DROGA?		
34	JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL COM PESSOAS QUE RECEBERAM DINHEIRO OU DROGAS EM TROCA DE SEXO?		



Universidade
Federal
Fluminense



Universidade Federal Fluminense
Hospital Universitário Antônio Pedro



35	FOI AO DENTISTA NO ÚLTIMO MÊS?		
36	FREQUENTA TERMAS OU CASA DE MASSAGEM?		
37	USA OU JÁ USOU DROGAS?		
38	TEVE DOENÇA DE CHAGAS OU MALÁRIA?		
39	FEZ ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA NO ÚLTIMO ANO?		
40	JÁ ESTEVE INTERNADO EM PENITENCIÁRIA OU MANICÔMIO?		
42	TEM TATUAGEM, PIERCING OU FEZ ACUPUNTURA? QUANDO FEZ?		
43	RECEBEU TERAPIA ANTIRETROVIRAL PARA TRATAMENTO DA INFECÇÃO PELO HIV?		
44	ESTÁ GRÁVIDA OU AMAMENTANDO? (SÓ PARA MULHERES)	NÚMERO DE FILHOS (SE HOUVER): _____	
45	TEVE ALGUM ABORTAMENTO? (SÓ PARA MULHERES)		

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA DOAÇÃO DE SANGUE:

Declaro ter sido informado por meio de folheto explicativo acerca da doação de sangue. Recebi esclarecimentos sobre as possíveis reações que posso apresentar e orientações sobre o que devo fazer caso elas aconteçam. Tenho também ciência que exames imunohematológicos e sorológicos, (Tipagem Sanguínea, Pesquisa de Anticorpos Irregulares, Hepatite B e C, HIV I e II, Doença de Chagas, Sífilis, HTLV I e II, Malária) serão feitos no meu sangue, conforme determinação das Leis e Normas Técnicas Vigentes, e concordo que todos eles sejam feitos. Apesar de estes testes serem feitos antes de ser liberado o sangue para outra pessoa, sei que não existe 100% de segurança para o receptor, pois há um período chamado de janela imunológica, tempo entre a contaminação por agentes infecciosos e a positividade do teste. Isso quer dizer que a pessoa pode ter um vírus e este não ser detectado por meio dos testes. Quando isso acontece, o resultado é chamado de falso negativo. Assim como também um teste pode ser positivo sem que o doador seja portador da doença, o que chamado de falso positivo. Sei que se alguns destes exames forem positivos, falso positivo, falso negativo ou inconclusivo, serei avisado e convocado por carta sobre este resultado, para uma consulta gratuita no HEMOCENTRO REGIONAL DE NITERÓI [HEMONIT]. Este resultado será também, comunicado à Vigilância Epidemiológica competente. Estou plenamente de acordo com este procedimento e tenho ciência, que o fato de alguns dos meus exames terem resultado positivo, falso positivo, falso negativo ou inconclusivo não significa que eu tenha alguma doença. Estou ciente que os exames feitos no sangue doado, sempre necessitam de confirmação por exames mais específicos. Fui também informado que caso algum exame seja anormal, o sangue que doe poderá ser descartado. Concorde também, que outros exames, além daqueles obrigatórios, sejam eventualmente feitos no meu sangue, para fins de pesquisa ou para fins de esclarecimento diagnóstico. Estou também ciente, de que podem acontecer problemas que impeçam a realização de um ou mais testes laboratoriais. Neste caso e quando de resultados sorológicos positivos ou falso negativos, serei convidado por carta a retornar para coleta de nova amostra de sangue (10 ml), visando à realização dos referidos exames e possível utilização do sangue doado hoje. Autorizo que o plasma oriundo do sangue que doe, quando não utilizado para transfusão, seja encaminhado para a produção de hemoderivados, de acordo com a legislação vigente. Autorizo que o sangue que doe, quando não utilizado para transfusão, seja encaminhado para a produção de insumos e reagentes. Conhecendo todas estas informações, declaro concordar expressamente em doar meu sangue e na realização dos exames necessários, além de autorizar a utilização terapêutica do sangue que doe, em qualquer paciente que dele necessite. Se necessário, autorizo visita domiciliar feita pela Vigilância Epidemiológica para orientações e encaminhamentos. Permito que meu nome seja incluído em arquivo de doadores potenciais e, caso ocorra algum problema que me impeça doar sangue, que meu nome seja incluído também em arquivos locais e nacionais de doadores inaptos.

Niterói, ____ de ____ de _____. _____ (Assinatura do candidato).

Assinatura e carimbo do
triador:

Hb: _____ PA: _____ x _____ FC: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ T: _____

TERMO DE INAPTIDÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE:

Declaro estar ciente de que, segundo as normas técnicas, não estou apto à doação de sangue.

Causa: _____

Data: _____ Doador: _____

Triador: _____