

## HISTÓRIA CLÍNICA DA MÃE

Nome: \_\_\_\_\_

CPF/MF n.º \_\_\_\_\_

	<b>Questões</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1	Já teve hepatite, icterícia, história de doença do fígado ou teste sorológico positivo para hepatite?	( )	( )
2	Já teve contato íntimo ou duradouro com pessoa portadora de hepatite ou icterícia?	( )	( )
3	Foi vacinada ou recebeu a imunoglobulina para a hepatite B?	( )	( )
4	Teve doença de Chagas ou malária?	( )	( )
5	Já apresentou algum problema hematológico (anemia ou sangramento)?	( )	( )
6	Já foi tratada com hormônio do crescimento injetável?	( )	( )
7	Já recebeu sangue ou necessitou um órgão, uma córnea, uma dura-máter ou um osso?	( )	( )
8	Teve ou possui história familiar da doença de Creutzfeldt-Jakob?	( )	( )
9	Já teve câncer (incluindo linfoma e leucemia) ou Sarcoma de Kaposi?	( )	( )
10	Possui antecedentes familiares de câncer?	( )	( )
11	Já fez acupuntura, tatuagem ou "piercing"?	( )	( )
12	Já teve alguma exposição acidental ao sangue ou outros fluidos corporais, através da mucosa ou pele lesionada?	( )	( )
13	Já recebeu tratamento anti-rábico (Contra raiva)?	( )	( )
14	Está tomando alguma medicação? Em caso afirmativo, qual?	( )	( )
15	Nos últimos 06 meses, sofreu alguma cirurgia ou tratamento médico?	( )	( )
16	Nos últimos 10 anos, recebeu transfusão de algum componente sanguíneo?	( )	( )
17	Nos últimos 3 meses, recebeu alguma vacina?	( )	( )
18	Tem alguma doença do coração, pulmão ou rim? Diabetes?	( )	( )
19	Já teve tuberculose?	( )	( )
20	Você tem SIDA (Aids) ou possui um teste positivo para SIDA?	( )	( )
21	Já usou drogas (maconha, cocaína)?	( )	( )
22	Teve alguma doença venérea (sífilis, gonorréia)?	( )	( )
23	Já teve contato íntimo com usuário de droga ou portador de SIDA?	( )	( )
24	Utiliza bebidas alcoólicas diariamente?	( )	( )
25	Tem história familiar de doenças genéticas?	( )	( )
26	Você já foi recusada em doação de sangue? Qual o motivo?	( )	( )

Comentários adicionais	Assinatura da mãe
Revisado por: Dr.(a)	Data: