

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

**Este questionário está em conformidade com a Vigilância Sanitária do Brasil e com a Associação Norte-Americana de Bancos de Sangue. Todas as questões são fundamentais para que o produto seja aceito em diferentes países e continentes, incluindo os EUA e a Europa**

	Perguntas	Sim	Não	
Informações Pessoais	Essa gestação é resultado de um procedimento de medicina reprodutiva? Qual? _____	( )	( )	
	Já doou sangue?	( )	( )	
	Já foi recusada ou teve teste alterado em doação de sangue?, ou qualquer outra triagem /avaliação? Motivo? _____	( )	( )	
	Teve um teste positivo para o vírus HIV/AIDS?	( )	( )	
	Fez enxerto ósseo dentário heterólogo (bovino) ou autólogo há < 6 meses?	( )	( )	
	Já foi submetida a algum tipo de transplante?	( )	( )	
	Fez enxerto ósseo dentário homólogo há < 12 meses?	( )	( )	
	Fez algum tratamento dentário há < 30 dias?	( )	( )	
	Fez alguma cirurgia há < 12 meses? Qual?	( )	( )	
	Recebeu algum componente ou derivado do sangue nos últimos 12 meses?	( )	( )	
	Fez procedimento endoscópico há < 6 meses	( )	( )	
	Teve diarreia há < 7 dias?	( )	( )	
	Infecção bacteriana, gripe, diarreia com febre há < 15 dias?	( )	( )	
	Apresenta alguma lesão sugestiva de herpes oral ou genital?	( )	( )	
	Teve resfriado comum há < 7 dias ou algum sintoma de dificuldade respiratória e febre nos últimos 7 dias?	( )	( )	
Medicamentos Utilizados	Usou alguma medicação há < 15 dias? Qual? _____	( )	( )	
	Usou antibiótico há < 15 dias?	( )	( )	
	Usou anorexígeno (medicamento para emagrecer) há < 7 dias?	( )	( )	
	Usou acitretina (medicamento para forma grave de psoríase) há < 3 anos?	( )	( )	
	Usou etretionato (medicamento para psoríase forte)?	( )	( )	
	Usou finasterida (medicamento para tratamento de calvice, ac.retinoico/roacutan (medicamento para tratamento de pele/acne) há < 01 mês?	( )	( )	
	Usou dutasterida (medicamento para tratamento de calvice) há < 06 meses	( )	( )	
	Usou hormônio de crescimento até 1986?	( )	( )	
	Usou anabolizante/testosterona injetável sem prescrição médica há < 12 meses?	( )	( )	
	Usou anabolizante/testosterona com prescrição há < 06 meses?	( )	( )	
	Recebeu algum tipo de vacina há < 4 semanas? Qual e quando?	( )	( )	
	Recebeu vacina antirrábica há < 12 meses por mordedura de animal?	( )	( )	
	Recebeu vacina para varíola nos últimos 60 dias? Teve varíola ou contato com alguém que recebeu vacina para varíola nos últimos 60 dias?	( )	( )	
	Doenças	Já teve doença de Chagas ou contato domiciliar com o inseto barbeiro?	( )	( )
		Alguém da família tem a Doença de Creutzfeldt-Jakob (conhecida como doença da vaca louca)?	( )	( )
Já teve malária? Qual tipo, assinala? Plasmodium vivax, falciparum e ou ovale		( )	( )	
Esteve em zona endêmica de malária há < 12 m?		( )	( )	
Teve teste de SARS COVID -2 alterado (positivo), se sim, quando?		( )	( )	
Teve contato com alguém Contato com caso suspeito de SARS COVID-2 (ou seja, pessoa que, nos últimos 14 dias, tenha retornado de viagem internacional de qualquer país e apresente febre e pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O2 < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia)		( )	( )	
Visitou o Reino Unido ou a Irlanda por > 3 meses entre 1980 e 1996?	( )	( )		

	Teve por > 5 anos na Europa após 1980?	( )	( )
	Viajou para o exterior há < 30 dias? Local? _____	( )	( )
	Teve infecção pelo vírus oeste do Nilo (WNV), Dengue, Zika Vírus, febre amarela ou chikungunya?	( )	( )
Comportamento	Fez ou colocou tatuagem, brinco, piercing e maquiagem definitiva há < 12 meses? Descreva qual procedimento	( )	( )
	Teve acidente com agulha ou perfurocortantes nos últimos 12 meses?	( )	( )
	Faz uso de bebida alcoólica diariamente (crônico)?	( )	( )
	Fez acupuntura há < 12 meses?	( )	( )
	Já utilizou alguma droga ilícita <i>injetável</i> há < 12 meses? Qual? _____	( )	( )
	Já usou algum tipo de droga ilícita <i>não injetável</i> há < 12 meses? Qual? _____	( )	( )
	Já esteve encarcerado por mais de 72 horas há < 12 meses?	( )	( )
	Teve alguma doença venérea há < 12 meses? Qual? _____	( )	( )
	Tem lesões relacionadas sabidamente com o papiloma vírus humano?	( )	( )
	Teve relação sexual com mais de 3 parceiros diferentes nos últimos 12 meses?	( )	( )
	Teve contato sexual com parceiro desconhecido ou ocasional há < 12 meses?	( )	( )
	Você ou seu parceiro teve relacionamento homoafetivo nos últimos 12 meses?	( )	( )
	Deu ou recebeu drogas ou dinheiro por relação sexual há < 12 meses?	( )	( )
	Seu parceiro já esteve encarcerado ou usou drogas ilícitas (exceto maconha)?	( )	( )
	Seu parceiro já teve algum teste sorológico positivo para AIDS, Hepatite B ou C e/ou doença sexualmente transmissível? Qual? _____	( )	( )
	Seu parceiro já recebeu sangue ou foi submetido a diálise há < 12 meses?	( )	( )
	Teve contato com alguém de caso suspeito ou confirmado de Sars-Covid	( )	( )
Já teve algum acidente com material biológico há < 12 meses? (Ex.: sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido entre outros)	( )	( )	
Doenças pré existentes	Já teve câncer? Qual? _____	( )	( )
	Possui histórico familiar de câncer? Qual? _____	( )	( )
	Já teve alguma doença autoimune sistêmica? Qual? (Ex.: Lupus, artrite reumatoide, psoríase, sarcoidose entre outras)	( )	( )
	Possui histórico familiar de doença autoimune? Qual?	( )	( )
	Já teve anemia ou doença hemorrágica congênita ou adquirida? Qual? (Ex.: Hemofilias, Doença de Von Willebrand, Síndromes Plaquetárias entre outras)	( )	( )
	Enfrentou algum problema de saúde há < 12 meses? Descreva.	( )	( )
	Está preocupado com algum problema de saúde nesse momento? Descreva.	( )	( )
	Teve algum problema de saúde com coração, rim, pulmão e/ou diabetes? Qual?	( )	( )
	Teve hepatite, icterícia, história de doença do fígado ou teste sorológico positivo para hepatite?	( )	( )
	Já teve contato íntimo ou duradouro com pessoa portadora de hepatite ou icterícia?	( )	( )
Durante sua gravidez, você teve qualquer doença caracterizada por febre, exantema, dor nas articulações ou vermelhidão nos olhos? Se sim, quando? Quanto tempo durou? Foi feito algum diagnóstico específico? (ex.: Chikungunya, Dengue, Zika Vírus ou Febre Amarela)	( )	( )	
Você teve alguma dúvida no preenchimento deste questionário?	( )	( )	
Gostaria de receber algum telefonema esclarecendo esse questionário?	( )	( )	
<p><b>As dúvidas poderão ser esclarecidas pelo setor técnico no tel.: 0800-7732166</b></p> <p><b>Obs.: Caso haja necessidade de complementação do questionário, favor utilizar o espaço abaixo</b></p> <p style="text-align: right;">Assinatura Cliente: _____</p>			
<p>Revisão Enfermeira: _____ Data: ____/____/____ ( ) sem alteração ( ) com alteração</p>			