

SECÇÃO DO FORMULÁRIO DO DOADOR DE SANGUE

Número de doador

Exclusivo para Dadores

Nome Completo

Profissão

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indústria comercial/de serviços | <input type="checkbox"/> Jogos de azar |
| <input type="checkbox"/> Funcionário público | <input type="checkbox"/> Profissional e Técnico |
| <input type="checkbox"/> Aluno do ensino secundário | <input type="checkbox"/> Indústria |
| <input type="checkbox"/> Aluno universitário | <input type="checkbox"/> Doméstica |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | |

Envio do resultado da doação de sangue

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Consulta na internet
(não se aplica aos dadores pela 1ª vez) |
| <input type="checkbox"/> Lavantamento pessoal no CTS |
| <input type="checkbox"/> Não necessita do envio |
| <input type="checkbox"/> Correio |

Sexo : M F

Data de Nascimento : _____ (D)/ _____ (M)/ _____ (Y)

Tipo de documento de identificação

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BIR de Macau | <input type="checkbox"/> BIR de H.K. | <input type="checkbox"/> Título de trabalhador |
| <input type="checkbox"/> BIR da PRC | <input type="checkbox"/> Passaporte: Local de emissão _____ | |
| <input type="checkbox"/> Outro documento: _____ | | |
| Número do documento: _____ | | |
| SSM. N.º : _____ | | |

Grupo Ético

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Português | <input type="checkbox"/> Macaense | <input type="checkbox"/> Caucasiano |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Africano | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Telemóvel : _____

Telefone fixo : _____

Morada

- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Macau | <input type="checkbox"/> Taipa | <input type="checkbox"/> Coloane | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| (Rua) _____ | | | |
| (N.º) _____ | | | |
| (Edifício) _____ | | | |
| (Bloco) _____ (Andar) _____ (Apart.) _____ | | | |

Correio electrónico : _____

Número da doação

Recebido por : _____

Responsável pela inserção dos dados: _____



衛生局捐血中心

Centro de Transfusões de Sangue dos Serviços de Saúde

衛生局格式 742
SS-MOD 742

CTS-F7r19Rc-P
Effective Date: 01/03/2019
A3 規格印件 2019年3月
Formato A3 IMP. Março 2019

Questionário de história do doador de sangue

Durante as fases primárias de infecção, os testes laboratoriais podem não detectar os agentes infecciosos. Por esta razão, a qualidade do sangue não depende inteiramente dos testes laboratoriais. De modo a auxiliar-nos a administrar sangue de qualidade e seus componentes aos pacientes, por favor, responda às seguintes questões verdadeiramente. Muito obrigado!

Por favor, marque "✓" nas caixas.

		Sim	Não	Espaço para funcionário
1.	Leu e compreendeu os panfletos “INFORMAÇÃO IMPORTANTE PARA DADORES DE SANGUE” e “QUEM NÃO DEVERÁ DAR SANGUE” ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Faz parte de algum grupo de pessoas que não deverão doar sangue, mencionado/referido no panfleto “QUEM NÃO DEVERÁ DAR SANGUE” ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A sua condição actual		Sim	Não	Espaço para funcionário
3.	Dormiu e descansou bem durante a noite passada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Está de momento sob tratamento médico ou à espera de resultados de testes e/ou análises?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Depois da doação de hoje, tem a intenção de fazer exercícios físicos violentos ou trabalhar em zonas inseguras ou perigosas, em altura ou profundidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passado		Sim	Não	Espaço para funcionário
6.	Alguma vez foi aconselhado a adiar tornar-se dador de sangue, ou informado que não podia dar sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Na passada semana procedeu a algum tratamento estomatológico (dental)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Nos últimos 10 dias, sofreu de febre, tosse, dor de cabeça ou diarreia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Nas últimas 4 semanas vacinou-se, por exemplo, contra a gripe, poliomelite tétano, rubéola, Hepatite B ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Nas últimas 4 semanas esteve em contacto com indivíduo que sofra de alguma doença infecciosa, tal como varíola, rubéola, ou tuberculose pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	No período de 1 ano, foi submetido a tatuagem ou acupunctura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Nos últimos 12 meses, fez algum exame endoscópico, cirurgia ou recebeu alguma transfusão de sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	No período de 1 ano, foi-lhe administrada a vacina anti-rábica ou gamaglobulina Hepatite B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	No período de 1 ano, após regresso a Macau depois de viajar para o exterior, apresentou sintomas de indisposição, nomeadamente, febre, tosse, dor de cabeça ou erupção cutânea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	É residente de Macau há menos de 3 anos? Local de origem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Nos últimos 3 anos tomou medicação contra acne ou psoríase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	No passado, sofreu de qualquer dos seguintes sintomas ou doenças graves: <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Cancro <input type="checkbox"/> Apoplexia <input type="checkbox"/> Doenças hemorrágicas <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Alguma vez foi informado que sofre de deficiência G6PD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	No passado, foi submetido a qualquer terapia hormonal ou imune (nomeadamente hormônio de crescimento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sim Não Espaço para
funcionário

20. No passado, foi-lhe diagnosticado a si ou a algum familiar a Doença de Creutzfeldt-Jakob, vulgarmente chamada doença das vacas loucas?

--	--	--

Outras questões

Sim Não Espaço para
funcionário

21. Foi-lhe confirmada alguma vez a Febre de Dengue, Malária, doença de Chagas; infecção pelo vírus do Nilo Ocidental ou quaisquer outras doenças transmissíveis tal como SRAS?

--	--	--

22. A partir de 1980, residiu em algum país europeu por 5 anos ou mais, ou fez transfusão de sangue em Inglaterra e França?

--	--	--

23. No período de 1980 a 1996, residiu em Inglaterra, Irlanda ou França por um período de 3 meses ou superior?

--	--	--

24. Após a última doação de sangue, teve vermelhidão e inchaço no local da injeção ou sentiu qualquer anomalia no braço? (para indivíduos que deram sangue anteriormente)

--	--	--

Para serem respondidas por dadores do sexo feminino

Sim Não Espaço para
funcionário

25. Está grávida?

--	--	--

26. No último ano, deu à luz bebé ou abortou?

--	--	--

Exclusivo para o médico

Sim Não Espaço para
funcionário

27. Tomou quaisquer substâncias psicotrópicas ou injectou quaisquer narcóticos?

--	--	--

28. Nos últimos 12 meses teve algum histórico de doenças venéreas ou foi sexualmente activo com diferentes parceiros?

--	--	--

29. Suspeita que sofre de Sida ou doença venérea?

--	--	--

30. Doador masculino: Teve comportamento sexual com outro homem (incluindo sexo oral e sexo anal)

--	--	--

Declaração

1. Declaro que li, entendi e concordo com o conteúdo dos panfletos "INFORMAÇÃO IMPORTANTE PARA DADORES DE SANGUE" e "QUEM NÃO DEVERÁ DAR SANGUE".
2. Declaro que, toda a informação que providenciei, é verdadeira/confiável e precisa. Eu reconheço que informação imprecisa poderá resultar em graves consequências para os pacientes recebedores.
3. Declaro que concordo e autorizo, que testes laboratoriais sejam feitos á amostra do meu sangue.
4. Declaro que entendo, concordo e autorizo que o sangue, por mim doado, será usado para transfusões de sangue clínicas, podendo igualmente ser usado para o controlo de qualidade, diagnóstico e investigação.

Assinatura: _____

Data: _____(D)_____(M)_____(Y)

Declaração sobre recolha de dados pessoais:

- A recolha de dados pessoais dos dadores pelo CTS destina-se a garantir a segurança do dador de sangue durante e depois de transfusão de sangue, bem como a segurança da pessoa receptora de sangue.
- Os dados pessoais dos dadores são protegidos pela Lei n.º 8/2005 - Lei da Protecção de Dados Pessoais. De acordo com esta norma, os dadores têm direito a pedir acesso, rectificação ou actualização dos dados arquivados no CTS.
- O dador deve entender e compreender que se souber que sofre de doença que é transmissível através de transfusão de sangue, não responder fielmente a este inquérito, procedendo à doação de sangue, e causar conseqüentemente, infecção à pessoa receptora de sangue, incorrerá na responsabilidade civil e criminal.
- Todas as informações de dadores de sangue serão mantidas em absoluta confidencialidade, salvo disposição em contrário ou decisão do juiz.

RECEPTION Time: ____ : ____

Donation type : Whole Blood Directed Autologous Aphaeresis: Platelet Plasma

Souvenir: 1. _____ 2. _____ No souvenir

PRE-DONATION ASSESSMENT Time: ____ : ____

Weight: ____ Kg ① Bp ____ / ____ mmHg , P ____ bpm
 ① Hb: ____ g/dl ② Bp ____ / ____ mmHg , P ____ bpm
 ② Hb: ____ g/dl ③ Bp ____ / ____ mmHg , P ____ bpm
 Temp: _____ °C

Performed by: _____ Time: ____ : ____

CBC Hb: _____ g/dL

Ferritin

Other: _____

Sample taken by: _____

Time: ____ : ____

Cardiac Auscultation:

Normal Abnormal: _____

Accepted

350ml 450ml Apheresis

Suspended **Eliminated**

Reason: _____

Rx: No Yes: _____

Memo: _____

Physician: _____

COLLECTION Time: ____ : ____

Type : Whole Blood Other _____

Apheresis: Platelet Lot no.: _____

Plasma Lot no.: _____

Access for venepuncture : 1st R L 2nd R L

Balance by manual:

Start time ____ : ____ End time ____ : ____ Total collection Time: _____ minutes

Total collection volume : _____ ml Lot no.: _____

Abnormal Blood Collection

(1) Type

Abnormal collection

Inadequate

Overweight

_____ ml

Prolonged collection

_____ minutes

No venepuncture

2nd venepuncture

Blood bag (Lot no.): _____

(2) Reasons

Alteration Veins:

Deep vein Small vein

Hard vein Mobile vein

Painful arm

Bruised

Left Right Size: _____ cm²

Anxious

Arterial puncture

Change of mind

Adverse reaction

Other _____

(3) Sample

With sample

No sample

Adverse reaction and treatment: Yes (Please fill up the adverse reaction statistics form: CTS-F3DS)

Date: _____

Nurse: _____

Edit data by: RC _____ Review data by: RC _____ DS _____ CA _____