

**Serviços de Saúde do Governo da Região Administrativa  
Especial de Macau**  
**Centro de Transfusões de Sangue**

MDID
Lab Req No

**CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR NO REGISTRO DE DOADOR DE  
MEDULA ÓSSEA DE HONG KONG**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome) tendo lido e compreendido as informações constantes do folheto relacionado com este programa, respondi às perguntas do inquérito de saúde no verso do presente documento. Concordo com a participação no Registo de Doadores de Medula Óssea de Hong Kong, feito pelo Centro de Transfusões de Sangue da Cruz Vermelha de Hong Kong.

Também concordo a recolha das minhas amostras de sangue para teste do antígeno leucocitário humano (HLA) e com que as minhas amostras de sangue e as minhas informações pessoais sejam enviadas ao Centro de Transfusões de Sangue da Cruz Vermelha de Hong Kong pelo Centro de Transfusões de Sangue dos Serviços de Saúde do Governo da Região Administrativa Especial de Macau, para efeito de participação neste programa.

Concordo também com que as minhas informações pessoais e os resultados de testes do HLA sejam mantidas confidencialmente no Registo de Doadores de Medula Óssea de Kong Hong, e o Centro de Transfusões de Sangue da Cruz Vermelha de Hong Kong possa enviar os dados a respeito dos resultados de testes do HLA ao Centro de Transfusões de Sangue de Macau, o qual se responsabiliza pela conservação destas minhas respectivas informações de acordo com o estipulado na “Lei da Protecção de Dados Pessoais” em vigor em Macau.

A par disso, concordo que o Registo de Doadores de Medula Óssea de Hong Kong só possa divulgar o meu número da inscrição e os resultados do HLA neste registo, aos demais hospitais de Hong Kong e outros países que estão à procura de doadores de medula óssea para a terapia de doentes com necessidade deste tipo de transplante.

Entendo que posso ser contactado para realizar testes adicionais no futuro.No entanto,isso só se realizará depois do meu conhecimento e obtenção do meu consentimento.

Nome \_\_\_\_\_  
Nome em Português \_\_\_\_\_ Apelido \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

BIR.Nº \_\_\_\_\_ ( ) Data de nasc. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (D/M/A) Sexo \_\_\_\_\_

Doei sangue em HongKong  Sim  Não Dador N° (se aplicável) \_\_\_\_\_

Endereço postal (É favor fornecer informações correctas)  
 Macau  Taipa  Coloane  
(Rua)(Nº.) \_\_\_\_\_

(Edifício) \_\_\_\_\_ (Bloco) \_\_\_\_\_ (Andar) \_\_\_\_\_ (Fracção) \_\_\_\_\_

Tel de casa \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

Tel. do local de trabalho \_\_\_\_\_ Correio electrónico \_\_\_\_\_

-----  
Pessoa de contacto I: \_\_\_\_\_ Pessoa de contacto II: \_\_\_\_\_

Nome em português \_\_\_\_\_ Nome em português \_\_\_\_\_

Nome em inglês \_\_\_\_\_ Nome em Inglês \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

O CTS irá contactá-lo através destas duas (2) pessoas, caso não consiga entrar pessoalmente em contacto consigo através do meio supracitado.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### Inquérito sobre a história de saúde de doador

Este inquérito pode ser usado para proteger o bem-estar do doador e receptores. Todas as informações são confidenciais.

1	Peso _____ Kg	Altura _____ Pé _____ polegada ( _____ cm)	Nacionalidade _____			
2	Grupo sanguíneo :	<input type="checkbox"/> A+	<input type="checkbox"/> B+	<input type="checkbox"/> O+	<input type="checkbox"/> AB+	<input type="checkbox"/> desconhecido
		<input type="checkbox"/> A-	<input type="checkbox"/> B-	<input type="checkbox"/> O-	<input type="checkbox"/> AB-	
				<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Espaço reservado ao funcionário</b>
3	Foi informado por este centro ou por outros centros de sangue que nunca deve doar sangue? Em caso afirmativo, indique os motivos: _____					
4	É saudável ?					
5	Tem a história clínica de doenças graves, nomeadamente doença cardíaca, doenças respiratórias crónicas, doenças do foro oncológico, diabetes mellitus, doenças da tiroíde, epilepsia ou outras doenças crónicas?					
6	Tem a história clínica de hepatite, icterícia, doença hepática, ou foi confirmado como o portador de hepatite?					
7	Tem a história clínica de doenças infecciosas, tais como, malária, doenças sexualmente transmissíveis ou tuberculose pulmonar?					
8	Tem ou algum dos seus familiares tem a história clínica da doença de Creutzfeld-Jakob (DCJ)?					
9	Foi sujeito ao transplante de órgãos ou tecidos?					
	Nos últimos doze (12) meses					
10	Foi submetido a operações cirúrgicas, transfusões de sangue, de albumina ou de imunoglobulina?					
11	Fez tatuagem, acupunctura, furo nas orelhas (com excepção de usar a agulha descartável), contacto inesperado com sangue ou instrumentos contaminados com sangue ou foi perfurado por alguma agulha usada?					
	<b>Hábitos de vida</b>					
12	Foi toxicodependente ou tem o historial de injeção de drogas não prescritas pelo médico?					
13	Tem receio por alguma razão de ou o seu parceiro sexual ser portador(a) de VIH, o vírus que pode causar SIDA?					
14	Alguma vez recebeu dinheiro por contrapartida da prestação de serviços sexuais?					
15	Nos últimos doze (12) meses, teve actividade sexual com: (1)um homem homossexual; (2) um(a) trabalhador(a) do sexo; (3) uma pessoa que tem a história de abuso de drogas, ou injectou drogas não prescritas pelo médico, ou (4) indivíduo que foi sujeito à injeção de factor de coagulação?					
16	Entre 1 de Janeiro de 1980 e 31 de Dezembro de 1996, permaneceu por um período superior a três (3) meses no Reino Unido ou, trabalhou ou viveu por um período superior a seis (6) meses nas Bases Militares dos Estados Unidos da América na Europa?					
17	Desde 1 de Janeiro 1980, residiu por um período superior a cinco (5) anos na Europa?					
18	A partir do dia 1 de Janeiro de 1980, foi tratado através da injeção de insulina bovina ou transfusão de sangue no Reino Unido ou na França?					