

## Agradecemos a sua presença!

A avaliação da segurança da sua dádiva é muito importante pelo que deve responder com **RESPONSABILIDADE** a cada uma das questões do questionário. A partir deste momento inicia-se o seu processo de dádiva de sangue!

Qualquer dúvida que surja na leitura deste folheto poderá esclarecê-la com os profissionais de saúde.

## NÃO DÊ SANGUE, SE:

- Está grávida;
- Tem VIH/SIDA ou já testou positivo para o VIH/SIDA;
- Tomou ou está a tomar medicação para tratar uma doença potencialmente transmissível pelo sangue (ex.: VIH/SIDA, Hepatites B ou C, Sífilis);
- Consome ou alguma vez consumiu drogas injetáveis não prescritas pelo médico;
- Alguma vez teve contactos sexuais mediante o recebimento de contrapartidas financeiras ou equivalentes (dinheiro, drogas ou outras);
- Fez transplante de origem humana nos últimos seis meses;
- Fez tratamento com gonadotrofina humana (por exemplo, hormona de crescimento);
- Recebeu alguma transfusão de sangue depois de 1980.

## NÃO DÊ SANGUE, SE, nos últimos 3 meses:

- Tomou medicação para prevenir a infeção por VIH (PrEP\*, PEP\*\*);
- Teve contacto sexual com uma nova pessoa ou mais do que uma pessoa;
- Teve contacto sexual com pessoa com comportamentos de risco infeccioso acrescido (ex.: consumo de drogas injetáveis ou inaláveis, práticas sexuais a troco de recebimento de contrapartidas); com pessoa com infeção sexualmente transmissível; com pessoa sob o efeito de álcool ou drogas.

**Lembre-se que pode transmitir o VIH/SIDA e Hepatites a outras pessoas através da transfusão dos seus componentes sanguíneos, mesmo que se sinta bem e tenha um teste negativo.** Isto porque logo imediatamente após a exposição a agentes infecciosos, os testes laboratoriais disponíveis não conseguem detetar as infeções por algum período de tempo - “**PERÍODO JANELA**”.

**Se pensa que pode estar em risco de ter contraído alguma doença infecciosa e pretende ser testado, por favor, peça-nos informação e não dê sangue.**

\*PrEP: profilaxia para as pessoas que sendo VIH negativas se encontram em risco elevado de infeção pelo VIH.

\*\*PEP: profilaxia de curto prazo, de início imediato, para as pessoas em risco após exposição ao VIH.

VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana.

SIDA: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

SARS-COV-2: Síndrome respiratório agudo grave – Coronavírus 2.

\*\*\*Contacto próximo: prestação de cuidados, partilha de residência, partilha de ambiente de trabalho com caso confirmado ou caso suspeito.

## Processo de dádiva de sangue

### Triagem clínica

A triagem clínica é muito importante para avaliação do seu estado de saúde e para a segurança dos doentes que irão receber o seu sangue. Inclui a resposta a um questionário escrito com termo de consentimento informado e uma avaliação clínica sumária com determinação e registo do seu peso, da tensão arterial, da frequência cardíaca e do valor da hemoglobina pela testagem de uma pequena amostra do seu sangue.

Caso não reúna os requisitos exigidos para a dádiva de sangue a pessoa será suspensa temporária ou definitivamente.

Em caso de aptidão não deve estar em jejum, sendo recomendável ter ingerido líquidos nas 2 horas prévias à dádiva. No final da dádiva é aconselhável a ingestão de uma refeição ligeira fornecida por um profissional qualificado.

### *Porque questionamos sobre viagens ou residência em outros países?*

Se nasceu, residiu ou visitou determinados países, com surto ou risco endémico para doenças infecciosas potencialmente transmissíveis pela transfusão **poderá** não ser aceite para dar sangue.

### *Porque o questionamos sobre alguns dos seus comportamentos e hábitos de vida e da pessoa com quem tem contacto sexual (ex.: viagens, consumo de drogas)?*

Alguns comportamentos estão associados a um risco acrescido de contrair doenças infecciosas potencialmente transmissíveis através da transfusão de sangue.

Algumas doenças virais e bacterianas, tais como a VIH/SIDA, Hepatite B, Hepatite C, Sífilis, Gonorreia, Clamídia, são transmissíveis através do contacto sexual. Podem também ser transmissíveis pela partilha de uso de objetos (ex.: agulhas e/ou seringas utilizadas por pessoa infetada).

### *Doenças emergentes: COVID-19*

A COVID-19 é uma doença provocada por um coronavírus - **SARS-COV-2** e apresenta elevada transmissibilidade por via aérea. Não há evidência científica sobre a transmissão deste agente viral através de transfusão, considerando-se apenas o seu risco teórico. Por precaução, as pessoas infetadas com COVID-19 ou com contactos próximos\*\*\* a doentes COVID-19 não são elegíveis temporariamente para dar sangue.

### Colheita de sangue

Se a pessoa foi aprovada para a dádiva de sangue dirige-se à sala de colheita, sendo recebida por um profissional de saúde que irá realizar:

- Confirmação positiva da sua identidade;
- Inspeção e desinfeção do local da punção.

Será utilizado um sistema estéril de saco de colheita de sangue agulha de uso único.

É efetuada a vigilância de sinais, sintomas e monitorização de parâmetros vitais, sempre que necessário.

Poderão ocorrer eventos adversos (ex.: suores, desmaio, náuseas, hematoma, espasmos musculares), caso em que lhe será prestada assistência pelo profissional de saúde qualificado. Poderá em qualquer altura do processo solicitar a interrupção da sua dádiva.

### **O que acontece após a sua dádiva?**

O seu sangue será analisado para determinar o seu grupo sanguíneo, pesquisa de anticorpos irregulares e rastreio serológico e molecular de agentes infecciosos potencialmente transmissíveis pela transfusão (VIH, VHB, VHC, HTLV I/II, Sífilis). Se necessário poderá ser efetuado o rastreio laboratorial seletivo a outros agentes infecciosos causadores de doença transmissível por transfusão de acordo com a sua avaliação clínica de risco (ex.: comportamentos, residência ou viagens), como sejam a Malária, a doença de Chagas e doença da Febre do Nilo, entre outros.

Sempre que os resultados analíticos identificarem alterações que possam comprometer a sua saúde ser-lhe-á enviada uma notificação. Por vezes os testes de rastreio de doenças infecciosas podem apresentar resultados “reativos” por interferência laboratorial, não significando doença ou infeção (falsos-reativos). No caso de se tratar de um resultado positivo receberá orientação clínica.

Se as análises efetuadas permitirem a qualificação analítica da sua dádiva esta será sujeita a um processo de separação do sangue nos seguintes componentes sanguíneos:

**Glóbulos vermelhos:** células com função de transportar oxigénio, são utilizados no tratamento de anemias.

**Plaquetas:** células necessárias para controlar as hemorragias.

**Plasma:** fluído que contém biomoléculas e proteínas, tais como as da coagulação, albumina e imunoglobulinas.

**Crioprecipitado:** fração de plasma que contém proteínas de coagulação.

Se o seu grupo sanguíneo for raro, o concentrado de glóbulos vermelhos poderá ser criopreservado e armazenado num banco de sangue de grupos raros.

### **Proteção de Dados e Utilização de Dados Pessoais**

Os dados pessoais recolhidos pelo Serviço de Sangue são obrigatórios e necessários para a dádiva de sangue, garantir a segurança dos doadores e dos doentes, a rastreabilidade, sendo conservados de acordo com a legislação em vigor.

O tratamento de dados é feito de modo confidencial e seguro, nos termos e condições descritos no Guia sobre Proteção de Dados, disponível na Instituição.

Se, após a sua dádiva, adoecer ou recordar alguma situação que ponha em causa a segurança da dádiva que fez, por favor comunique-nos de imediato.

**Por favor, assinale com um X a resposta que considere adequada à sua situação. Se tiver dúvidas sobre alguma questão, fale com o profissional de saúde.**

1	Leu ou ouviu a informação constante do verso deste questionário?	SIM	NÃO
2	Sente-se bem de saúde e em condições de dar sangue?	SIM	NÃO
3	Alguma vez deu sangue ou componentes sanguíneos?	SIM	NÃO
4	Deu sangue há menos de 2 meses?	SIM	NÃO
5	Alguma vez lhe foi aplicada uma suspensão para a dádiva de sangue?	SIM	NÃO
6	Ocorreu alguma reação ou incidente nas dádivas anteriores?	SIM	NÃO
7	Os seus pais biológicos nasceram e viveram sempre em Portugal?	SIM	NÃO
8	Nasceu e viveu sempre em Portugal?	SIM	NÃO
9	Alguma vez viajou para fora do País?	SIM	NÃO
10	Nos últimos quatro meses viajou (mesmo que em trânsito), residiu ou trabalhou nalguma zona com foco de transmissão ativa/surto ou endémica para doença infecciosa?	SIM	NÃO
11	Viveu no Reino Unido mais de 12 meses cumulativos entre janeiro de 1980 e dezembro de 1996?	SIM	NÃO
12	Tem sido sempre saudável?	SIM	NÃO
13	Teve alguma doença crónica ou acidente grave?	SIM	NÃO
14	Já esteve internado(a) num hospital ou maternidade?	SIM	NÃO
15	Alguma vez fez uma cirurgia (incluindo cesariana)?	SIM	NÃO
16	Já teve convulsões e/ou ataques epiléticos?	SIM	NÃO
17	Foi submetido a um transplante de tecidos (ex.: córnea), células ou à administração de outros produtos biológicos?	SIM	NÃO
18	Recebeu alguma transfusão depois de 1980?	SIM	NÃO
19	Nos últimos 3 meses perdeu peso por motivos de saúde ou desconhecidos?	SIM	NÃO
20	No último mês teve algum problema de saúde (ex.: tosse, febre, dores musculares, dores de cabeça, cansaço fácil, dificuldade em respirar, falta de paladar, falta de olfato, diarreia, vômitos, alterações cutâneas ou outros)?	SIM	NÃO

21	Nos últimos 3 meses esteve em contacto próximo com caso suspeito ou positivo de doença infecciosa?	SIM	NÃO
22	Tomou ou está a tomar medicamentos?	SIM	NÃO
23	Fez ou está a fazer profilaxia ou tratamento para uma doença infecciosa?	SIM	NÃO
24	Nos últimos 7 dias fez tratamento ou extração dentária?	SIM	NÃO
25	No último mês tomou alguma vacina?	SIM	NÃO
26	Fez ou está a fazer algum tratamento para a infertilidade?	SIM	NÃO
27	Está ou esteve grávida?	SIM	NÃO
28	Nos últimos 4 meses fez alguma tatuagem, colocou "piercing" ou fez tratamento de acupuntura ou de mesoterapia?	SIM	NÃO
29	Nos últimos 4 meses fez alguma endoscopia (ex.: gastroscopia, colonoscopia, cistosscopia)?	SIM	NÃO
30	Nos últimos 3 meses teve contacto sexual com uma nova pessoa?	SIM	NÃO
31	Nos últimos 3 meses teve contacto sexual com mais do que uma pessoa?	SIM	NÃO
32	Nos últimos 12 meses teve contacto sexual com uma pessoa infetada ou em tratamento para o Vírus da SIDA (VIH), Hepatite B, C, ou Sífilis?	SIM	NÃO
33	Alguma vez teve contactos sexuais mediante o recebimento de contrapartidas financeiras ou equivalentes (dinheiro, drogas ou outras)?	SIM	NÃO
34	Alguma vez consumiu drogas (injetáveis, inaláveis, ingeridas ou outras)?	SIM	NÃO
35	A pessoa com quem tem contacto sexual tem algum dos comportamentos referidos em 31, 33 ou 34?	SIM	NÃO

## O SERVIÇO DE IMUNO-HEMOTERAPIA AGRADECE A SUA COLABORAÇÃO

### TERMO DE CONSENTIMENTO (LIVRE, ESCLARECIDO E INFORMADO) PARA A DÁDIVA DE SANGUE

Declaro que li, ou ouvi, e compreendi a informação constante deste questionário e do respetivo verso.

Respondi com consciência e responsabilidade, todas as informações que forneci são verdadeiras tanto quanto é do meu conhecimento. Compreendi a natureza do processo de dádiva e os riscos possíveis associados à colheita de sangue, eventuais efeitos secundários e os cuidados a observar ulteriormente. Tive a oportunidade de fazer todas as perguntas e foram-me prestados os esclarecimentos necessários pela pessoa (profissional de saúde qualificado) que assina este documento.

Autorizo que o meu sangue, caso não se encontre em condições de ser administrado a doentes, possa ser utilizado para fins de investigação científica ou de controlos laboratoriais, assim como as amostras de sangue ou remanescente, nas condições previstas na legislação aplicável.

Estou ciente de que o serviço de sangue irá proceder ao tratamento dos meus dados pessoais para poder efetuar a dádiva de sangue e de que os mesmos serão incluídos num registo obrigatório, conforme descrito no Guia sobre proteção de dados que tive a oportunidade de consultar.

Autorizo que os meus dados pessoais possam ser utilizados para futuros contactos sobre sessões de dádiva de sangue. Sim  Não


Autorizo que se prossiga com o processo de dádiva de sangue.

Assinatura da pessoa que efetua a dádiva, conforme CC/BI: \_\_\_\_\_

Data de nascimento da pessoa que efetua a dádiva

/  /

Assinatura e N° da Cédula Profissional da pessoa responsável (profissional de saúde qualificado): \_\_\_\_\_

Apto	
Suspenso	
Eliminado	

Data  /  / 20