



**Triagem Clínica e Social de Candidatas à Doação  
de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário**

CCD:

Cole aqui a etiqueta com código de  
barras sequencial

Cole aqui a etiqueta com código de  
barras da maternidade, se disponível

**Tipo de entrevista:**

realizada no pré-natal (IG \_\_\_\_ semanas)  realizada na internação para o parto

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_ h:\_\_\_\_ min Término: \_\_\_\_ h:\_\_\_\_ min

**Dados maternos:**

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

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos. DOC: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Ocupação habitual: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Religião:  católica  evangélica  \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel: Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ outro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Contato adicional: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel: Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ outro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Em caso de doação dirigida:**

Nome do receptor: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos. DOC: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

Doença: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com RN:  irmão  meio irmão  primo  \_\_\_\_\_

Hospital onde faz acompanhamento: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Tel: comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ outro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



### Dados ginecológicos e da gravidez corrente

Paridade: ( ) Gestações ( ) Partos ( ) Abortos espontâneos ( ) Natimortos.

Obs: \_\_\_\_\_

Pré-natal em:  hospital  unidade básica de saúde  particular  sem acompanhamento

Número de consultas pré-natais documentadas: \_\_\_\_\_ Temp. durante o trabalho parto: \_\_\_\_\_

Já doou SCUP?  sim  não Sorologia pré-natal:  Negativa  Positiva \_\_\_\_\_

Infecções durante a gestação:  não  sim \_\_\_\_\_

Tipo sanguíneo (ABO e RhD): \_\_\_\_\_ Imunoglobulina anti-D  não  sim \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Houve algum problema na gestação ou no trabalho parto com você ou com o bebê?  Sim  Não

2. Esta gestação decorre de fertilização assistida?  Sim  Não

### Dados familiares

3. Dados geográficos e étnicos

Usar raça declarada sendo: 1 – Amarela; 2 – Branca; 3 – Indígena; 4 – Negra; 5 – Parda

	Nacionalidade	Naturalidade	Raça
Mãe			
Avô materno			
Avó materna			
Pai			
Avô paterno			
Avó paterna			

4. Você e o pai do bebê são parentes ou são filhos adotivos?  Sim  Não

5. Há casos de doenças hereditárias hematológicas, metabólicas ou outras doenças genéticas na família (pai, mãe, tios, avós, irmãos do bebê)?  Sim  Não

6. Alguém da família, sua ou do pai do bebê, tem ou teve Encefalopatia Espongiforme humana?  Sim  Não

### História pessoal

7. Você leu o material educativo?  Sim  Não

8. Alguma vez você quis doar sangue e não pôde?  Sim  Não

9. Você está sentindo-se bem de saúde?  Sim  Não

10. Você já apresentou perda de peso inexplicada, suor noturno, manchas azuladas ou purpúricas pelo corpo, manchas brancas ou ulceradas não usuais na boca, aumento de nódulos linfáticos por mais que 30 dias, febre inexplicada por mais de dez dias, tosse persistente, dispneia ou diarreia persistente?  Sim  Não

11. Você tem ou teve algum problema de saúde que precisou de tratamento específico como doença neurológica, alteração inexplicada de força ou de sensibilidade, doença autoimune, do sangue, neoplasia ou câncer?  Sim  Não

12. Algum médico já disse que você teve ou alguma vez você teve algum exame de sangue positivo para SIDA, HTLV, malária, babesiose, doença de Chagas, Hepatite, Dengue, Chikungunya, Zika, virose de evolução atípica ou alguma outra doença infecciosa passível de transmissão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13. Você mora na mesma casa de alguém que tem hepatite, tuberculose ou hanseníase ou que precisou ser submetido a transplante ou a outro procedimento médico de exposição a células, tecidos ou órgãos de um animal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14. Você fez uso recente ou faz uso contínuo de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15. Alguma vez você recebeu hormônio de crescimento ou outro medicamento de origem hipofisária, insulina bovina, imunoglobulina ou vacina não licenciada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16. Já se submeteu a alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17. Submeteu-se a tratamento dentário recente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18. Tomou vacina nos últimos três meses?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19. Teve contato com alguém que tomou vacina contra a varíola?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20. Submeteu-se a transplante ou enxerto com células, órgãos ou tecidos doados por outra pessoa ou por algum animal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
21. Submeteu-se a piercing, tatuagem, maquiagem definitiva, acupuntura, toxina botulínica ou a outros procedimentos cosméticos invasivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
22. Viajou ou morou em outros países?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23. Esteve em área endêmica de doença de Chagas ou de Malária?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
24. Tem ou teve alguma doença sexualmente transmissível?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
25. Fez ou faz sexo com alguém que tem SIDA, que tem ou teve ZIKA ou que apresentou teste positivo para HIV, hepatite B ou C, sífilis ou outra infecção de transmissão sexual ou sanguínea?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
26. Fez ou faz uso de drogas ilícitas? Já usou droga, medicamento (sem prescrição médica) ou alguma outra substância (ex.: anabolizante) injetável?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
27. Já fez sexo com alguém que usa alguma droga ilícita, medicamento (sem prescrição médica) ou alguma outra substância injetável?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
28. Fez sexo com outra pessoa, além do pai do bebê, nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
29. O pai do bebê tem ou teve algum problema de saúde que precisou de tratamento específico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

**Você ou o(s) seu (s) parceiro(s) sexual:**

30. Foi vítima de violência sexual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
31. Fez sexo com prostituta, garoto de programa, pagou ou recebeu dinheiro, droga ou alguma outra coisa para fazer sexo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
32. Fez sexo com um ou mais parceiros ocasionais ou desconhecidos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
33. Fez sexo com algum homem que fez ou faz sexo com outro homem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não



**Triagem Clínica e Social de Candidatas à Doação de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário**

CCD:

34. Teve contato sexual com algum hemofílico ou já usou algum concentrado de fator da coagulação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
35. Teve contato acidental com sangue e/ou fluido corporal de outra pessoa ou acidente perfurocortante?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
36. Já recebeu transfusão de sangue, hemoderivado (imunoglobulina anti-D, anti hepatite, fator de coagulação, etc) ou já fez auto-hemoterapia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
37. Já precisou ser submetido a diálise?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
38. Vivenciou situação de encarceramento ou de confinamento obrigatório não domiciliar por período superior a 72 horas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
39. Tem alguma dúvida? Gostaria de fazer alguma pergunta?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro que:

1 – Compreendi as questões a mim formuladas e afirmo que as informações por mim fornecidas são verdadeiras.

Assinaturas (carimbo, se pertinente):

Gestante: \_\_\_\_\_

Resp. triagem: \_\_\_\_\_

Médico resp: \_\_\_\_\_

