

HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E
TECIDOS

Nome do Doador:		Data:		
Nome do Entrevistado:		Fone:		
Relação com Doador:				
Nome do Entrevistador:		Cargo/Função:		
Assinatura:		Fone/Celular:		
QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	Você acha que conheceu o doador suficientemente para responder perguntas pessoais a seu respeito?			
02	Qual a ocupação (trabalho) do doador?			
03	Qual o grau de escolaridade do doador?			
04	O doador era portador de alguma doença? (ex.câncer, tuberculose, hepatite, hipertensão, hemofilia, artralgia, edema articular, hiperemia conjuntiva, diabetes – especificar tipo I ou II) e diabetes em parente de 1º grau?			
05	Teve alguma enfermidade neurológica ou degenerativa?(ex. coréia, miastenia gravis, Creutzfeld-Jacob, panencefalite subaguda esclerosante, encefalite, encefalopatia, esclerose múltipla, Parkinson, Alzheimer)			
06	Foi hospitalizado ou fez algum tratamento de saúde nos últimos dois anos? Qual o motivo?			
07	Tomava algum medicamento regularmente? (ex. imunossupressor, corticosteróides, anti-hipertensivo, antidepressivo, insulina, anticoagulante, outros, ...)			
08	Fazia Quimioterapia ou Radioterapia? Há quanto tempo?			
09	Fez tratamento com hormônio de crescimento? E Qual?			
10	Foi submetido a transplante de órgãos ou tecido? Quando?			
11	Esteve exposto ou foi contaminado por algum tipo de substância tóxica nos últimos 12 meses? (cianeto, mercúrio, chumbo, ouro)			
12	Recebeu algum tipo de vacina ou reforço nos últimos 12 meses? Qual? Quando?			
13	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente?			
14	Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques? Se sim, especificar o tempo e local onde fez.			
15	Fazia hemodiálise crônica ou diálise peritoneal? Ou seu parceiro sexual? Qual?			
16	Consumia álcool regularmente? Há quanto tempo? Especifique o tipo.			
17	Fumava? Quanto? Há quanto tempo?			
18	Estava perdendo peso, com suores exagerados, febre continua ou diarreia persistente nos últimos 12 meses? Causa conhecida?			
19	Residiu ou visitou regiões endêmicas de malária? (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Para, Rondônia, Roraima e Tocantis) Quando?			
20	Apresentou sintomas de H1N1, dengue, Zika ou Chikungunya nos últimos 30 dias? (dor e/ou inchaço nas articulações ou vermelhidão nos olhos).			
21	Apresentava alguma doença sexualmente transmissível como sífilis, AIDS...?			
22	Fez uso de drogas injetáveis ou inalatórias ilícitas? Qual? Há quanto tempo?			
23	Aceitava dinheiro em troca de relações sexuais ou tinha relações com quem aceitava ?			
24	Tinha muitos parceiros sexuais?			
25	Relacionava-se intimamente com pessoas do mesmo sexo?			
26	Relacionava-se com pessoas portadoras de doenças como hepatite, AIDS, sífilis ou outra infecção transmissível pelo sangue?			

Doador: _____

RGCT: _____

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
27	O doador ou seus parceiros sexuais foram detidos nos últimos 12 meses? Por quanto tempo?			
28	Somente para doadores menores que 5 anos de idade			
	1. Estava sendo amamentado nos últimos 12 meses? Se sim, coletar sorologia da mãe			
	2. A mãe do doador (a) era portadora ou pertencia a grupo de risco para HIV ou hepatite?			
	3. Vacinas recentes? Quais? (anexar cópia da carteira de vacinação).			

DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença nos olhos? (ex. Catarata, ceratocone, ceratoglobo, retinoblastoma)			
02	Fez alguma cirurgia nos olhos? (ex. cirurgia de miopia, pterígio)			
03	Teve algum trauma nos olhos?			
04	Teve algum tipo de infecção nos olhos? (ex. herpes ocular)			
05	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente ou recebeu vacina para raiva? Quando?			
06	Teve leucemia, linfoma ou algum outro tipo de tumor?			
07	Teve alguma doença viral como rubéola congênita, sarampo, caxumba?			

DOADOR DE CORAÇÃO PARA VALVAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabete tipo I, outra)			
02	Teve endocardite bacteriana ou fúngica?			
03	Tem Síndrome de Down, Edwards, Patau, Marfan?			
04	Teve doença em alguma das valvas do coração?			
05	Teve miocardiopatia viral?			
06	Fez alguma cirurgia cardíaca prévia?			
07	Tem história de moléstia reumática? Faz uso mensal de Benzetacil?			
08	Teve ferimento cardíaco penetrante?			
09	Fez uso de cateter intracavitário cardíaco?			
10	Teve trauma de tórax?			

DOADOR DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS (OSSOS)

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabete tipo I, outra)			
02	Fez alguma cirurgia ortopédica prévia ou apresentou alguma fratura?			
03	Foi submetido à biópsia de tumor ósseo?			
04	Teve osteomielite?			

DOADOR DE PELE

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	É colonizado por germes multirresistentes?			
02				

Comentários relevantes do entrevistador

--

Assinatura do entrevistador

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909

www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br / plantaocetpr@sesa.pr.gov.br