

QUESTIONÁRIO MATERNO

(A preencher em colaboração com o médico obstetra, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia ou enfermeiro do instituto português do sangue e da transplantação)

IMPORTANTE

Para garantir a segurança e qualidade da colheita são necessárias informações de carácter médico. Por este motivo agradecemos que **ANTES** de responder a este questionário médico leia o quadro **“INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO”** aqui incluído.

Algumas perguntas podem parecer demasiado pessoais mas são necessárias para cumprir os requisitos definidos pelos standards nacionais e internacionais.

A exatidão e honestidade nas respostas ao questionário são fundamentais para a segurança dos doentes que irão ser transplantados com o sangue do cordão umbilical do seu filho. Por favor responda com verdade, consciência e responsabilidade às questões formuladas.

Toda a informação fornecida é tratada de forma estritamente confidencial bem como a referida na história clínica.

Se tiver alguma dúvida esclareça junto do seu Médico Obstetra, Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica e/ou Enfermeiro do Instituto Português do Sangue e da Transplantação..

A sua correta identificação, assim como a morada e outros os dados de contacto é de grande importância, de forma a ser possível contacta-la caso necessário.

- Muito obrigado pela dádiva de sangue do cordão umbilical do seu filho -

Identificação da dadora: Nome: Data de Nascimento/...../..... Nº Cartão Cidadão: Nacionalidade..... Morada:..... Código Postal..... Localidade..... Contactos da dadora: Telefone..... Telemovel..... Endereço electrónico..... Contactos de pessoa próxima à dadora: Tipo de relação..... Telefone..... Telemóvel..... Endereço electrónico.....	ID Banco Público de Células do Cordão Umbilical (Nº Colheita)
	Identificação da Unidade de Colheita:

Por favor, assinale a resposta que considera adequada à sua situação.

1- Etnia dos pais (Esta informação é **essencial** para o estudo do sistema HLA e das doenças hereditárias).

Origem	Mãe	Pai	Origem	Mãe	Pai
Caucasiana (branco) Europeu			Indiana		
Caucasiana (branco) não europeu			Oriental		
Áfro europeu			Negra		
Árabe			Outros (especificar)		

ENTREVISTA MATERNA (Assinalar as respostas corretas)

2 – Dados Obstétricos

Idade da mãe (> 18 anos):	Idade do pai:	Data provável do parto:/...../.....
Acompanhamento médico na gravidez:	<input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre
	<input type="checkbox"/> 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Toda a gravidez
Nº de Gravidezes (incluindo a atual):	Partos eutócicos:	Interrupção voluntária gravidez:
	Abortos espontâneos:	Nascidos (vivos e mortos):
É a mãe biológica do bebé?		Sim Não
A mãe e o pai do bebé são parentes? Se sim qual o grau de Parentesco: _____		Sim Não

OBRIGADA POR PROSSEGUIR PARA A PÁGINA SEGUINTE

QUESTIONÁRIO MATERNO

(A preencher em colaboração com o médico obstetra, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia ou enfermeiro do instituto português do sangue e da transplantação)

4 - CAUSAS DE EXCLUSÃO PERMANENTE (inviabilizam a realização da colheita)	Mãe		Pai	
1. Fez a vacina da varíola nas últimas 12 semanas ?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
2. Teve contato com alguma pessoa que tenha feito a vacina da varíola nas últimas 12 semanas ?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
3. É uma gravidez múltipla (gémeos, trigémeos, ...)?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
4. Nas últimas 4 semanas teve SARS (Síndrome Respiratório Agudo Grave), contactou com alguma pessoa com SARS ou visitou um país epidémico para SARS?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
5. Nos últimos 12 meses teve infeção pelo vírus do Nilo Ocidental (WestNileVirus)?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
6. Fez transplante de córnea, de tecidos, tímpano, pele, órgãos ou células hematopoiéticas?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
7. Teve alguma vez contacto sexual ou residiu com pessoas que receberam transplante ou qualquer outra terapêutica com tecidos, órgãos ou células?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
8. Alguma vez teve um teste positivo para HTLV ou HIV?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
9. Nos últimos 12 meses teve hepatite vírica ou icterícia?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
10. Nos últimos 12 meses teve relações sexuais com alguém que tenha tido as doenças referidas nas duas perguntas anteriores, ou testes positivos para HIV ou para os vírus de hepatite?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
11. Alguma vez fez uma intervenção ao cérebro ou craniotomia?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
12. Recebeu hormona de crescimento de pituitária humana ou transplante de dura mater?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
13. Alguma vez fez tratamentos com insulina bovina?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
14. Tem história familiar de doença de Creutzfeldt Jakob?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
15. Tem história familiar de doença neurológica degenerativa? (Esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica)	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
16. Alguma vez consumiu drogas injetáveis não prescritas por médico?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
17. Alguma vez teve contactos sexuais a troco de dinheiro ou drogas?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
18. É parceira sexual de alguém com comportamentos referidos nas duas perguntas anteriores?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
19. Alguma vez teve doenças de sangue como hemofilia ou défice de outros factores de coagulação? É parceiro sexual de alguém com estas doenças?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
20. Nos últimos 12 meses teve parceiro(a) sexual com SIDA ou seropositivo(a) para o Vírus da SIDA (VIH), Hepatite B, C, Sífilis ou recetor(a) crónico(a) de produtos sanguíneos?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
21. Nos últimos 12 meses esteve detida ou em prisão por mais de 72 horas seguidas?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
22. Nos últimos 12 meses teve análises positivas ou fez tratamento para alguma doença sexualmente transmissível, incluindo gonorreia, sífilis, HPV (vírus papiloma humano) ou outras?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
23. Depois de 1980 recebeu alguma transfusão de sangue, plaquetas ou plasma?				
24. Nos últimos 12 meses residiu com alguém com hepatite B ativa, hepatite C ou SIDA?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
25. Nos últimos 12 meses , teve Paludismo? Doença de Chagas? Babesiose? Dengue?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
26. Alguma vez fez tratamento para algum tipo de cancro, incluindo leucemia?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
27. Alguma vez lhe foi diagnosticado lúpus, artrite reumatoide ou outra doença imunológica crónica?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
28. Teve tuberculose tratada nos últimos 5 anos ?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		

OBRIGADA POR PROSEGUIR PARA A PÁGINA SEGUINTE

QUESTIONÁRIO MATERNO

(A preencher em colaboração com o médico obstetra, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia ou enfermeiro do instituto português do sangue e da transplantação)

5 - CAUSAS DE EXCLUSÃO CONDICIONADA (Não inviabilizam a realização da colheita) (se necessário completar as respostas afirmativas no quadro 8- "informações complementares")	Mãe		Pai	
	Sim	Não		
29. Esteve doente durante a gravidez? Que tipo de patologia teve? _____	Sim	Não		
30. Nas últimas 4 semanas tomou antibióticos ou outros medicamentos para tratamento de infeções? Se sim qual a infeção e qual o medicamento: _____	Sim	Não		
31. Recebeu medicamentos durante a gravidez (além de Vitaminas e Ferro)? Se sim, quais, a que se destinaram e em que momento: _____	Sim	Não		
32. Recebeu vacinas nas últimas 12 semanas além da referida na primeira pergunta do quadro 4 ou soros hiperimunes nos últimos 12 meses ? Se sim, especifique qual: _____	Sim	Não		
33. Recebeu gamaglobulina anti-D durante a gravidez?	Sim	Não		
34. Utilizou um método de procriação medicamente assistido? Se sim, indique qual: _____	Sim	Não		
35. Nos últimos 6 meses mudou de parceiro sexual?	Sim	Não		
36. Nos últimos 12 meses , fez tatuagens, acupunctura, perfuração das orelhas ou piercings?	Sim	Não		
37. Nos últimos 12 meses , teve alguma conduta sexual que considere de risco?	Sim	Não		
38. Nos últimos 12 meses , teve algum acidente com agulhas ou outros instrumentos contaminados com sangue?	Sim	Não		
39. Nos últimos 12 meses sofreu alguma cirurgia ou exame endoscópico? Se sim, precisar o tipo e quando: _____	Sim	Não		
40. É portador / a de alguma doença hereditária? Se sim, especificar qual no quadro 8 de informações complementares.	Sim	Não	Sim	Não
41. Tem infecção ativa por CMV (Citomegalovírus) ou Toxoplasmose?	Sim	Não		
42. Nos últimos 12 meses , viajou/viveu fora de Portugal? Se sim, indique o(s) país(es), quando e por quanto tempo: _____	Sim	Não		
43. Depois da estadia fora do país, teve algum episódio de febre?	Sim	Não		
44. Nasceu ou residiu fora de Portugal? Se sim, qual o país _____	Sim	Não		
45. Nos últimos 12 meses , teve contactos sexuais com pessoas que nasceram ou viveram em África?	Sim	Não		
46. Nos últimos 12 meses teve febre, suores, diarreia, perda de peso, tumores, manchas na pele ou aumento dos gânglios?	Sim	Não		
47. Nas análises efetuadas teve algum resultado positivo? Se sim, qual: _____	Sim	Não		

6- PERGUNTAS ESPECÍFICAS DESTINADAS À FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA) (estas perguntas têm um carácter meramente informativo no caso de seleção da unidade para EUA)	Mãe		Pai	
	Sim	Não	Sim	Não
48. Desde 1980 até 1996 passou no total um período de tempo ≥ 6 meses nos seguintes países: Belgica, Holanda, Alemanha, Turquia, Itália, Grécia ou Espanha	Sim	Não	Sim	Não
49. Desde 1980 até 1996 passou, no total, um período de tempo ≥ 3 meses no Reino Unido? (Inglaterra, Escócia, Irlanda, País de Gales)	Sim	Não	Sim	Não
50. Desde 1980 , passou, no total, um período de tempo ≥ 5 anos na Europa?	Sim	Não	Sim	Não

7 – ANTECEDENTES FAMILIARES (completar as respostas no quadro 8- "informações complementares") Antecedentes relativos a familiares do recém nascido (pais, avós, irmãos e tios em 1º grau)	Materna		Paterna	
	Sim	Não	Sim	Não
51. Doenças Hematológicas Congénitas, Hemoglobinopatias, Anemia Crónica	Sim	Não	Sim	Não
52. Doenças Hemato-oncológicas (leucemia, doenças leucócitos, doenças glóbulos rubros)	Sim	Não	Sim	Não
53. Imunodeficiências congénitas	Sim	Não	Sim	Não
54. Doenças Congénitas de qualquer tipo	Sim	Não	Sim	Não
55. Fibrose Quística	Sim	Não	Sim	Não
56. Doenças metabólicas ou de depósito (Fenilcetonúria, galactosemia, glicogenosis, etc.)	Sim	Não	Sim	Não
57. Malformações físicas, alterações do crescimento, deformidades ósseas	Sim	Não	Sim	Não
58. Esplenectomia na infância, doenças das plaquetas	Sim	Não	Sim	Não
59. Alguém na sua família direta tem ou teve alguma doença hemato-oncológica?	Sim	Não	Sim	Não

SE SOFRE OU SOFREU DE OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE NÃO MENCIONADOS NESTE QUESTIONÁRIO, POR FAVOR, PRECISE NO QUADRO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

8 - Informações complementares:

9- DECLARAÇÃO DOS PAIS	Sim	Não
Leu e compreendeu a informação fornecida, em anexo?	Sim	Não
Sabe que os testes para SIDA e hepatite não são 100% seguras devido ao “período de janela” e que é possível transmitir estas infecções ainda que os resultados sejam negativos?	Sim	Não
Compreendeu o que significa “período de janela”?	Sim	Não
Ficou alguma dúvida?	Sim	Não
Nos 7 dias após o parto, ou se verificar alterações na saúde do seu filho, por favor contacte o Banco Público de Células de Cordão Umbilical: 225 573 470 ou BPCCU@ipst.min-saude.pt		

Declaração dos pais:

Declaro que li e compreendi o material informativo e que pude ser esclarecida sobre as dúvidas pelo profissional de saúde que também assina este documento. Declaro ainda que, tanto quanto sei, respondi às questões colocadas com verdade, consciência e responsabilidade.

Nome da mãe:	Nome do pai:
Assinatura:	Assinatura:

Declaração do Profissional de Saúde:

Declaro que prestei todas as informações e esclarecimentos às questões colocadas relativas à dádiva de sangue de cordão umbilical.

Nome do profissional de saúde:	Nº ordem / Nº Mecanográfico:
Assinatura:	Data :

A Preencher pelo Banco de Células de Cordão Umbilical

Elegibilidade do dador:	Observações:	Rub: Data: ___ / ___ / _____
Dador elegível		
Dador não elegível		
Necessária informação adicional		

INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO
 (por favor leia antes de completar o questionário)

Esta informação pretende explicar como nos pode ajudar a tornar a sua dádiva de sangue do cordão umbilical mais segura para os doentes que a vão receber.

Recomendações:

O questionário deve ser realizado no 3º trimestre da sua gravidez e fora de trabalho de parto.

Coloque diretamente perguntas ou peça as explicações que considere necessitar ao seu médico Obstetra, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia ou aos profissionais de saúde do Banco Público de Células do Cordão Umbilical. IPST

Toda a informação fornecida por si é confidencial.

Porque fazemos perguntas sobre os contactos sexuais e comportamentos de risco?

Estas perguntas têm por objetivo a segurança dado que este tipo de contactos e comportamentos podem causar doenças contagiosas que se transmitem através de transfusão de sangue e dos transplantes.

Exemplos destas doenças são a SIDA e as Hepatites B e C, que podem ser causadas por vírus transmitidos através do contacto sexual com uma pessoa infetada, ou com quem partilhe agulhas ou seringas usadas para injeção de drogas.

Lembramos que:

A **exactidão e honestidade** nas respostas ao questionário são fundamentais para a segurança dos doentes que irão ser transplantados com o sangue do cordão umbilical do seu filho. Por favor responda com verdade, consciência e responsabilidade às questões formuladas.

Se não souber a resposta a qualquer uma das perguntas formuladas, por favor, risque o “sim” e o “não” e escreva “Desconheço”.

O que é o período de janela?

O período de janela é o período que decorre entre o momento em que se adquiriu a infeção e o momento em que os testes laboratoriais, que pesquisam as proteínas formadas pelo organismo humano em resposta à infeção (os anticorpos), são positivos. Isto significa que os testes não detetam a infeção durante um certo período de tempo (período de janela) após a exposição ao vírus. Assim lembre-se que pode transmitir vírus, como por exemplo o vírus da SIDA ou hepatite, mesmo que se sinta bem de saúde e apresente testes laboratoriais negativos. Se considera que possa ter tido um comportamento de risco, por favor informe o profissional de saúde.

Lembre-se que o sangue pode transmitir o HIV/SIDA ou outros vírus a outras pessoas.

Local de nascimento e viagens:

O conjunto de testes de despiste de agentes transmissíveis utilizados no nosso país podem não contemplar alguns agentes apenas encontrados em certos países. Assim, se nasceu ou visitou outros países pode não reunir condições para a dádiva pelo que é importante a sua discriminação.

QUESTIONÁRIO MATERNO

(A preencher em colaboração com o médico obstetra, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia ou enfermeiro do instituto português do sangue e da transplantação)

INFORMAÇÃO PARA DADORES DO SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL

Se for portador de alguma doença não referida nesta lista, por favor escreva no formulário do “Questionário Materno” no espaço do **quadro 8: INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

DOENÇAS DO SANGUE
Patologia dos glóbulos rubros - Talassemia, Anemia de Fanconi, Défice de Glucose 6 Fosfato Deshidrogenase e outras deficiências enzimáticas do glóbulo vermelho, Esferocitose, Eliptocitose, Porfíria, Anemia de Blackfan Diamond.
Patologia plaquetas - Doença de Glanzmann, Trombocitopenia Hereditária, Doença de Alport, Doença de Pool, Síndrome de Bernard Soulier.
Patologia dos glóbulos brancos e Deficiências imunes - Imunodeficiência combinada severa, Doença granulomatosa crónica, Agamaglobulinemia, Síndrome de WiscottAldrich, Síndrome de Nezelhof, Deficiência de ADA ou PNP, Síndrome de Di George, Deficiência de IgA; Síndrome de Chediak Higashi, Síndrome Linfoproliferativo ligado ao X, Neutropenia ou Síndrome de Kostman, Deficiência do receptor de Neutrófilos, Ataxia –Telangiectasia.
Doenças metabólicas ou de depósito - TaySachs, Osteopetrose, Mannosidose, Fucosidose, NiemanPick, Lesch-Nyham, Gaucher, Hurler, Hunter, Leucodistrofias, Doença de San Filippo.
Doenças da coagulação - Hemofilia, VonWillebrand.

OUTRAS DOENÇAS
Cardiologia - Artrite inflamatória, Endocardite, Pericardite no último ano.
Cirurgia -Cirurgia oncológica, Gastrectomia, Esplenectomia.
Dermatologia-Alergologia - Behcet, Dermatite herpetiforme, Dermatomiosite, Dermatite bolhosa, Eritema nodoso, Eritema polimorfo medicamentoso, S.Kaposi, Psoríase, Urticária pigmentosa, Hematodermatose: Micose fungóide, Leucose cutânea, Doença de Sézary.
Endocrinologia - Diabetes juvenil não gestacional, Patologia hipofisária, Doença da Tiróide de causa imune (hipotireoidismo, hipertireoidismo, tiroidite de Hashimoto e doença de Graves), Síndrome de Cushing, Feocromocitoma.
Gastroenterologia e Hepatologia -Colite ulcerosa, Doença de Crohn, Cirrose hepática, Hemocromatose, Hepatite crónica, Pancreatite nos últimos 2 anos, Pancreatite crónica.
Ginecologia-Obstetrícia :Patologia maligna da mama, tratamento com gonadotrofinas de origem hipofisário, Tuberculose genital nos últimos 5 anos.
Doenças infecciosas -Hepatite B, C, D, Portador são de AgHBs, Infecção HIV/SIDA e retrovíroses, Sífilis incluindo a curada, Tuberculose nos últimos 5 anos.
Doenças parasitárias -Quisto Hidático no último ano, Leishmaníase visceral (Kala-azar), Paludismo, Doença de Chagas (Tripanossomiase), Permanência em zonas endémicas de paludismo nos últimos três anos, Doenças tropicais.
Nefro-Urologia -Insuficiência renal de causa imune.
Neurologia -Síndrome de Guillain-Barré, Miastenia, Miopatia hereditária ou adquirida, Doenças neurodegenerativas como a Esclerose Múltipla e a Esclerose lateral Amiotrófica.
ORL-Pneumologia -Hemoptise, Sarcoidose.
Reumatologia -Colagenose, Lupus eritematoso (LED ou LES), Artrite reumatóide, Espondilite anquilosante, Síndrome de Goujerot-Sjögren, Amiloidose, Vasculite Sistémica.
Oncologia -Cancro/Neoplasias de qualquer origem.
Outros -Toxicodependência por via endovenosa (injecção de drogas de abuso).