



Essencial

( DAR )

# Para ser Dador de Sangue é necessário...



**Ter mais de  
18 anos**



**Ter mais de  
50 Kg**



**Ter AJUDAR  
a correr-te  
no sangue**

**Ter hábitos  
saudáveis de  
vida**



# Cuidados a ter antes de dar ...

**Reforçar a ingestão de água**



**Não estar em jejum**



**Venha confiante**



**Não venha só**



**Digestão feita**

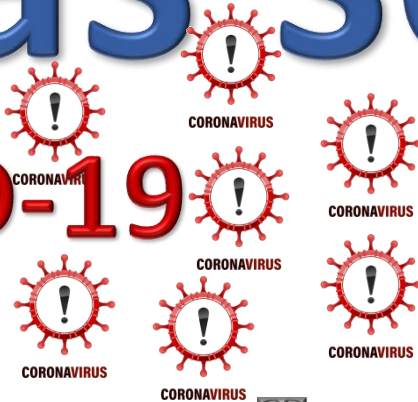


# Cuidados a ter antes de dar ...

# Mas se...

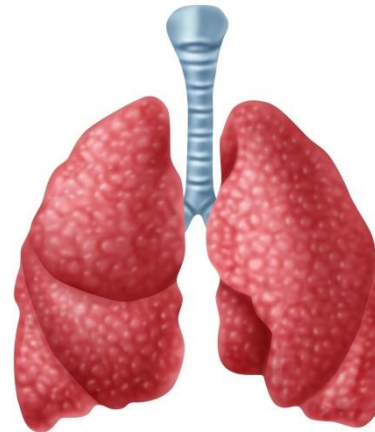
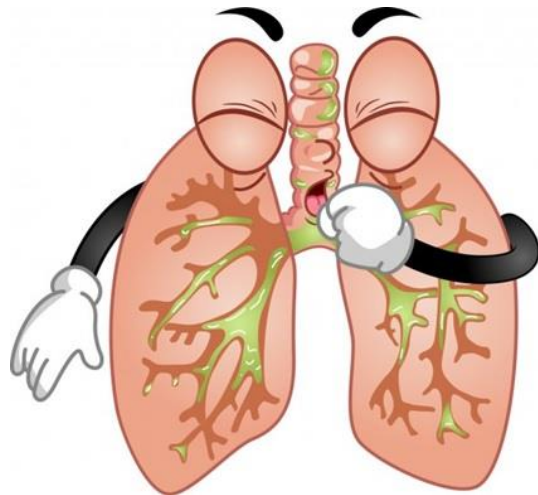
# NOS ÚLTIMOS 14 DIAS COMEÇOU COM...

## COVID-19



Febre

Tosse



Falta  
de ar

Ageusia

Perda do paladar



Anosmia

Perda do olfato



# Adie a sua dádiva...



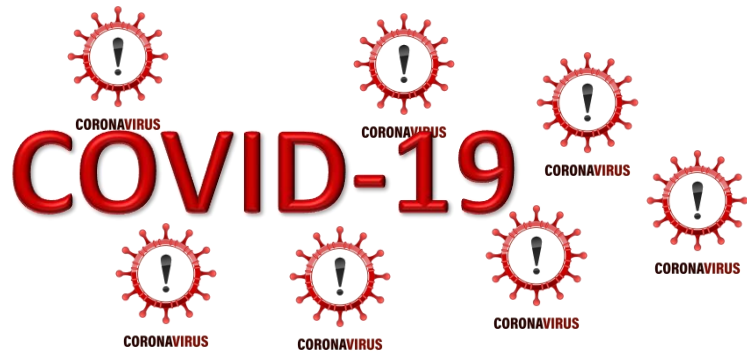
**DIAS**

Depois de estar totalmente recuperado da infecção pelo COVID-19



# Cuidados a ter antes de dar ...

# OU... NOS ÚLTIMOS **14 DIAS** TEVE...



✓ Contacto  
com caso  
confirmado  
de COVID



# Adie a sua dádiva...



**DIAS**

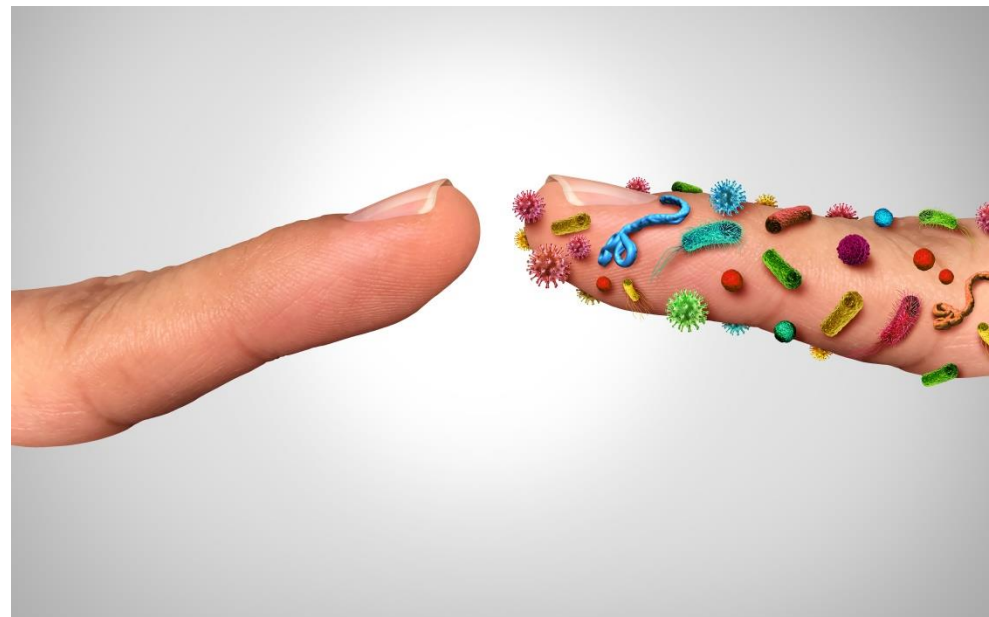


**Depois de evidência laboratorial  
de que não ficou infectado**



# Adie a sua dádiva...

Evite o **risco de**  
**contaminação** dos  
profissionais do IPST



Evite o **risco de contaminação**  
dos outros dadores





# Se já foi vacinado para a COVID...

- ✓ Fez a vacina e sente-se bem
- ✓ Não teve nenhuma reação alérgica à vacina

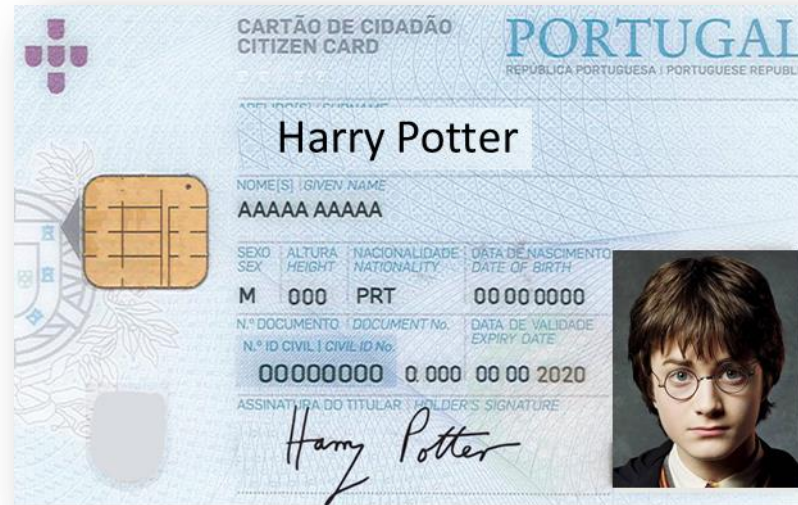


Deixe passar

**7 dias**



# 1º Inscrição



Traga  
documento de  
Identificação  
com fotografia

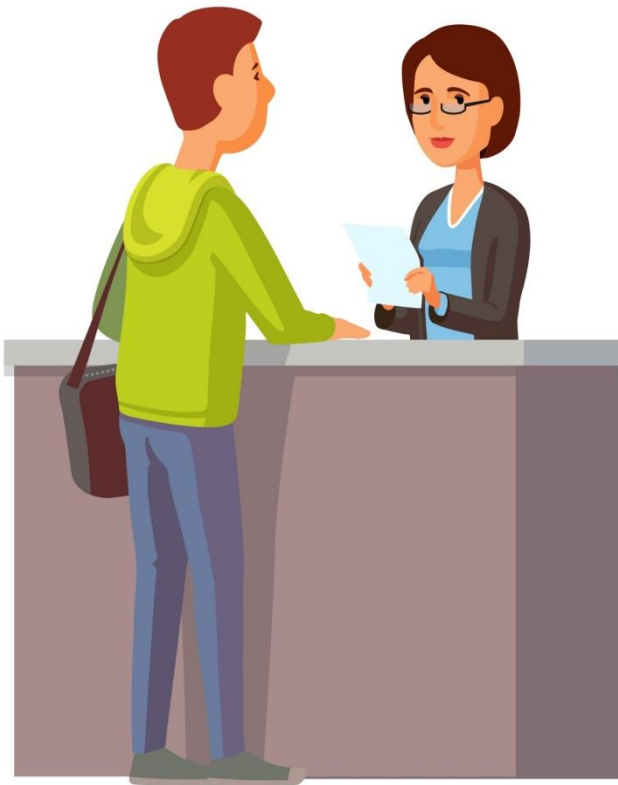


Não tem fotografia  
mas, se tem, traga-o  
consigo também



# 1º Inscrição

## Leia o folheto com atenção



## Dúvidas? Esclareça-se com o profissional de saúde

### INFORMAÇÃO PARA DADORES DE SANGUE

#### Obrigado pela sua presença!

Queremos que nos ajude a tornar a sua dádava de sangue mais segura, para os doentes que vão receber o seu sangue e para si.

Qualquer dúvida que surja na leitura deste folheto, poderá esclarecê-la com os profissionais que o(a) vão atender.

A dádava de sangue, após o processo de separação, constitui a fonte dos seguintes componentes sanguíneos:

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

**Plaquetas:** necessárias para controlar hemorragias. São muito importantes para doentes hematológicos, oncológicos, submetidos a cirurgia cardiovascular ou transplantado de medula óssea, entre outros.

**Plasma:** fluido que contém proteínas, como as da coagulação, albumina e imunoglobulinas.

**Crioprecipitado:** fração de plasma que contém alguns fatores de coagulação.

Muitos doentes necessitam da transfusão destes componentes sanguíneos.

Para a sua segurança como dador, avaliaremos as suas condições de saúde de acordo com os critérios médicos para a dádava de sangue.

**A confidencialidade dos seus dados pessoais** é garantida de acordo com a lei vigente.

O processo da dádava inclui o registo de dados pessoais, um questionário, termo de consentimento informado e esclarecido, triagem dos doadores, teste de hemoglobina, colheita de sangue e por fim uma refeição ligeira.

#### Não deve dar sangue em jejum

A avaliação clínica sumária sobre o seu estado de saúde, serve para determinar a sua aprovação para a dádava.

Se não estiverem preenchidas as condições requeridas para a dádava de sangue, poderá ser suspenso(a) temporária ou definitivamente.

**A EXATIDÃO E HONESTIDADE NAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SÃO DETERMINANTES QUER PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES QUE RECEBEM O SEU SANGUE, COMO PARA A SUA PRÓPRIA SEGURANÇA.**

#### Toda a informação fornecida por si é confidencial

**Porque fazemos perguntas sobre viagens ou residência em outros países?**

Se nasceu, residiu ou visitou determinados países, com riscos epidemiológicos poderá não ser aceite para dar sangue.

**Porque fazemos perguntas sobre os contactos sexuais e comportamento de risco?**

A SIDA e as Hepatites B e C são causadas por vírus transmitidos essencialmente através do contacto sexual com uma pessoa infetada ou que partilha agulhas e/ou seringas usadas para injeção de drogas. Esses agentes infecciosos também podem ser transmitidos através da transfusão de sangue.

#### NÃO DE SANGUE, SE:

- Tem SIDA ou teste positivo para o VIH/SIDA;
- Consome ou consumiu drogas injetáveis ou inaláveis;
- Recebeu dinheiro, drogas ou outro tipo de pagamento em troca de sexo;
- Tem ou teve contacto sexual com múltiplos(as) parceiros(as);
- Teve contacto sexual nos últimos 12 meses com alguém com comportamentos descritos acima;
- Teve sífilis;
- Nos últimos 12 meses esteve detido por mais de 72 horas;
- Considera que teve ou tem algum comportamento de vida que o(a) coloque em risco acrescido de contrair doença infecciosa grave, passível de transmissão pelo sangue;
- Tem novo(a) parceiro(a) sexual desde há 6 meses

#### TAMBÉM NÃO DE SANGUE, SE:

- É recetor(a) crónico(a) de produtos sanguíneos.

**Se pensa que pode estar em risco para o VIH/SIDA ou pretender ser testado para o VIH/SIDA, por favor, peça informação e não dê sangue.**

**Lembre-se que pode transmitir o VIH/SIDA ou outros vírus a outras pessoas através da transfusão dos seus componentes sanguíneos, mesmo que se sintam bem e tenha um teste negativo.** Isto porque logo imediatamente após a exposição aos vírus, os testes laboratoriais não conseguem detetar as infeções por algum período de tempo.

A **COVID-19**, doença assim designada pela OMS, provocada por um coronavírus - SARS-COV-2 que pode

causar infeção respiratória aguda grave, como pneumonia. Elevada transmissibilidade entre humanos, por contato direto e indireto.

Não há evidência científica da transmissão deste agente viral SARS-Cov-2 pela transfusão, mas apenas um risco teórico de transmissão.

**Definição de Contato próximo:** prestação de cuidados a caso confirmado/caso suspeito, partilha de residência com caso confirmado/caso suspeito, partilha de ambiente de trabalho com caso confirmado/caso suspeito.

#### Após o questionário, vamos:

- Testar uma pequena amostra do seu sangue para nos certificarmos que o valor da hemoglobina é compatível com a dádava.
- Avaliar a sua tensão arterial e frequência cardíaca.

#### Se for aprovado(a) para a dádava de sangue, iremos:

- Desinfetar o seu braço no local da punção.
- Utilizar um sistema único de saco e agulha estéreis para colher o seu sangue.

Apesar de o processo da dádava de sangue o(a)s profissionais estarão atento(a)s para a resolução de reações desfavoráveis que poderão ocorrer numa pequena percentagem de doadores: suores, desmaio, náuseas, vômito, hematoma, espasmos musculares...

Poderá, em qualquer altura do processo, solicitar a interrupção da sua dádava.

#### O que acontece após a sua dádava

É efetuada a grupagem sanguínea e o seu sangue é estudado para hepatites, VIH/SIDA, alguns outros vírus e sífilis.

Será notificado(a) e orientado(a) clinicamente, sempre que os resultados analíticos revelarem anomalia importante para a sua saúde.

Os componentes resultantes da dádava e cujas análises efetuadas apresentem resultados que não interfiram com a saúde do(a) recetor(a), serão administrados a doentes.

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

Telefones:

CST Porto 225 083 400  
CST Coimbra 239 791 070  
CST Lisboa 217 921 000

**Obrigado. Você é essencial à vida!**

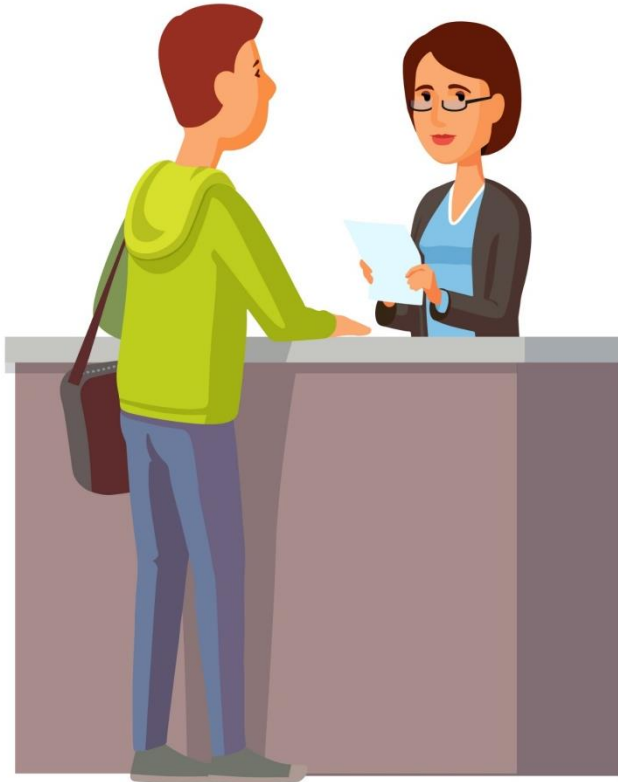
FORM. A4

\*\*Controlo deste registo: Este documento deverá ter um prazo de retenção de 1 ano no processo onde ocorre, após o qual deverá ser enviado para o serviço de Arquivo com um prazo de retenção de 30 anos.\*\*

Documento controlado em suporte eletrónico visível em navegador da Web do IPST (endereço da base de dados Achiever plus). Documento não controlado em suporte papel.

# 1º Inscrição

Responda às perguntas



**Não peça ajuda aos outros. Esclareça as suas dúvidas com o profissional de saúde**

**IPST** Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP

QUESTIONÁRIO PARA DADORES DE SANGUE

IMP.143.7

Aprovado em Conselho Diretivo, 2020-04-16, de acordo com o Decreto-Lei nº 185/2015, de 2 de Setembro (anexo VI), com a Circular Normativa Nº 002/CN-IPST/14 de 31/10/2014 e com a Circular Normativa nº001/CN-IPST/2020\*, de 06/03/2020.

Página 1 de 2

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

1	Tomou conhecimento da informação no verso?	SIM	NÃO	18	Tomou algum medicamento no último mês?	SIM	NÃO
2	Já deu sangue alguma vez?	SIM	NÃO	19	No último mês fez alguma vacina?	SIM	NÃO
3	Já foi recusado ou adiado como dador alguma vez?	SIM	NÃO	20	Nos últimos 4 meses fez alguma tatuagem, colocou algum "piercing" ou fez algum tratamento de acupuntura ou de mesoterapia?	SIM	NÃO
4	Sente-se bem de saúde e em condições de dar sangue?	SIM	NÃO	21	Nos últimos 4 meses fez alguma endoscopia (gastrosocopia, colonoscopia, cistosocopia)?	SIM	NÃO
5	Tem sido sempre saudável?	SIM	NÃO	22	Deu sangue há menos de 2 meses?	SIM	NÃO
6	Nasceu e viveu sempre em Portugal?	SIM	NÃO	23	Houve algum problema nas dádivas anteriores?	SIM	NÃO
7	Já alguma vez viajou para fora do País?	SIM	NÃO	24	Nos últimos 6 meses teve novo(a) parceiro(a) sexual?	SIM	NÃO
8	Teve alguma doença ou acidente grave?	SIM	NÃO	25	Alguma vez consumiu drogas injetáveis ou inaláveis não prescritas por médico?	SIM	NÃO
9	Já teve convulsões (ataques epiléticos)?	SIM	NÃO	26	Alguma vez teve contactos sexuais a troco de dinheiro ou drogas?	SIM	NÃO
10	Já esteve internado(a) num hospital?	SIM	NÃO	27	É parceiro(a) sexual de alguém com comportamentos referidos nas 2 perguntas anteriores?	SIM	NÃO
11	Já foi operado(a)?	SIM	NÃO	28	Nos últimos 12 meses teve parceiro(a) sexual com SIDA ou seropositivo(a), para o Vírus da SIDA (VIH), Hepatite B, C, Sífilis ou reator(a) crónico(a) de produtos sanguíneos?	SIM	NÃO
12	Recebeu alguma transfusão depois de 1980?	SIM	NÃO	29	Seu(a) parceiro(a) sexual, sendo homem, está grávida, abortou ou teve parto nos últimos 6 meses?	SIM	NÃO
13	Viveu no Reino Unido mais de 12 meses cumulativamente, entre Janeiro de 1980 e Dezembro de 1996?	SIM	NÃO	Relativamente ao COVID-19, nos últimos 28 dias:			
14	Fez transplante de córnea, tecidos, órgãos ou tratamento com hormona do crescimento?	SIM	NÃO	30	Teve tosse, febre, dores musculares, dores de cabeça, fraqueza, ou dificuldade em respirar?	SIM	NÃO
15	Perdeu peso nos últimos 3 meses por motivos de saúde ou desconhecidos?	SIM	NÃO	31	Teve algum contato próximo com caso suspeito ou positivo?	SIM	NÃO
16	Teve no último mês algum problema de saúde (por exemplo: febre, "gripe", diarreia, vômitos ou outros)?	SIM	NÃO	32	Viajou, reside ou trabalha em zonas com foco de transmissão ativa?	SIM	NÃO
17	Nos últimos 7 dias fez tratamento /extrações dentárias?	SIM	NÃO	Observações:			

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA A DÁDIVA DE SANGUE**

Declaro que li e compreendi o material informativo e que pude ser esclarecido(a) sobre as dúvidas que me surgiram pelo profissional de saúde que também assina este documento. Declaro, ainda, que, tanto quanto sei, respondi às questões colocadas com verdade, consciência e responsabilidade. Estou ciente que os meus dados pessoais, os resultados da observação clínica e os resultados das análises ao sangue colhido serão sujeitos a processamento e armazenamento eletrónico e que a instituição, para além de garantir a confidencialidade dos dados, assegura os direitos expressos na lei vigente. Sei que o meu sangue será sujeito a exames laboratoriais e que qualquer anomalia importante para a minha saúde me será comunicada confidencialmente. Autorizo que, se o meu sangue não se encontrar em condições para administrar aos doentes, o IPST o possa utilizar para fins de investigação ou de controlos laboratoriais. Autorizo que o meu sangue, eventualmente, possa ser destinado ao banco de sangue de grupos raros. Mais declaro autorizar que se prossiga o processo da dádiva de sangue.

**MUITO OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO**

Assinatura do(a) Dador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Nº Colheita: \_\_\_\_\_

Nº do Cartão Nacional do Dador ou Nº de Dador: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

IMP-3.8

FORM A4

\*Controlo deste registo: Este documento deverá ter um prazo de retenção de 1 ano no processo onde ocorre, após o qual deverá ser enviado para o serviço de Arquivo com um prazo de retenção de 30 anos.

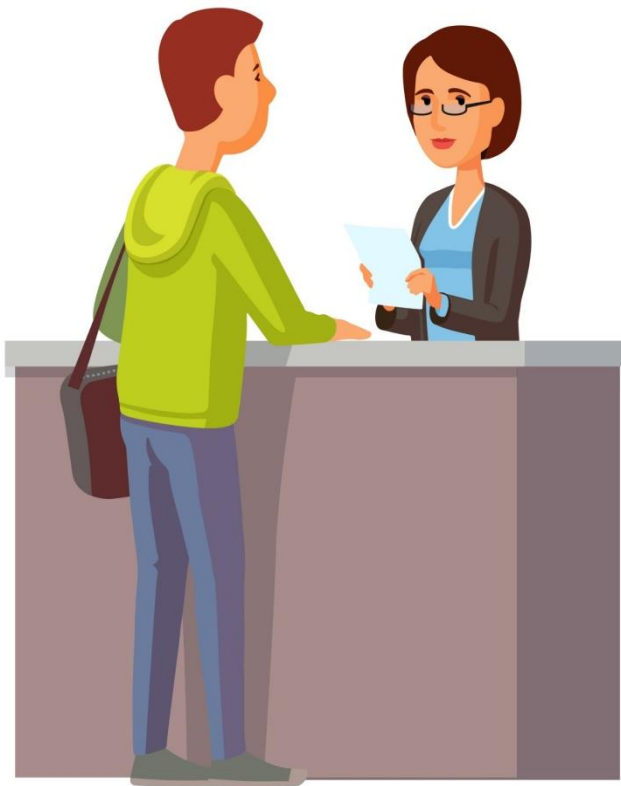
Documento controlado em suporte eletrónico visível em navegador da Web do IPST (endereço da base de dados Achiever plus). Documento não controlado em suporte papel.

O questionário é **CONFIDENCIAL**



# 1ª Inscrição

**No fim terá que assinar este documento**



**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA A DÁDIVA DE SANGUE**

Declaro que li e compreendi o material informativo e que pude ser esclarecido(a) sobre as dúvidas que me surgiram pelo profissional de saúde que também assina este documento. **Declaro, ainda, que, tanto quanto sei, respondi às questões colocadas com verdade, consciência e responsabilidade.** Estou ciente que os meus dados pessoais, os resultantes da observação clínica e os resultantes das análises ao sangue colhido serão sujeitos a processamento e armazenamento eletrónico e que a instituição, para além de garantir a confidencialidade dos dados, assegura os direitos expressos na lei vigente. Sei que o meu sangue será sujeito a exames laboratoriais e que qualquer anomalia importante para a minha saúde me será comunicada confidencialmente. Autorizo que, se o meu sangue não se encontrar em condições para administrar aos doentes, o IPST o possa utilizar para fins de investigação ou de controlos laboratoriais. Autorizo que o meu sangue, eventualmente, possa ser destinado ao banco de sangue de grupos raros. Mais declaro autorizar que se prossiga o processo da dádiva de sangue.

**MUITO OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO**

Assinatura do(a) Dador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Nº Colheita: \_\_\_\_\_

Nº do Cartão Nacional do Dador ou Nº de Dador:

Data de Nascimento:  /  /

Data:  /  / 20

IMP-3.8

\*Controlo deste registo: Este documento deverá ter um prazo de retenção de 1 ano no processo onde ocorre, após o qual deverá ser enviado para o serviço de Arquivo com um prazo de retenção de 30 anos.

FORM. A4

Documento controlado e em suporte eletrónico visível em navegador da Web do IPST (endereço da base de dados Achiever plus). Documento não controlado em suporte papel.

**Para termos o seu Consentimento para a Dádiva**

**Ao fazê-lo declara também que respondeu às questões com VERDADE, CONSCIÊNCIA e RESPONSABILIDADE**



## 2º Triagem Clínica



A triagem clínica de dadores é uma etapa **muito importante** no processo da dádiva de sangue.

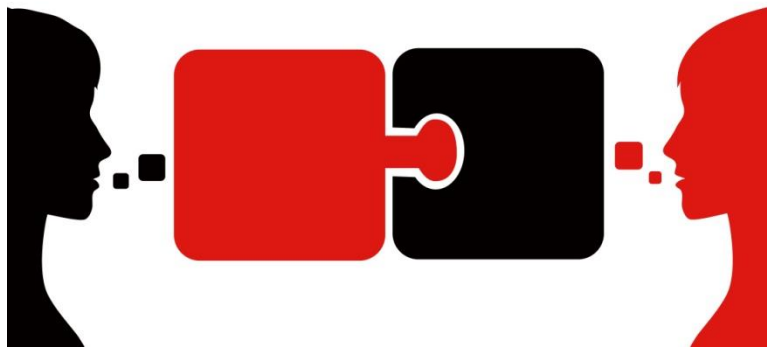
Mas **NÃO É** uma consulta médica



# 2º Triagem Clínica



Com base no diálogo com  
o profissional de saúde



**A triagem  
clínica de  
dadores é  
uma seleção**

Com base nas respostas  
dadas no questionário



## 2º Triagem Clínica



Assenta em dois  
princípios ...

**1** proteger  
a saúde  
do dador

**2** proteger a  
saúde do  
recetor/doente





# 2º Triagem Clínica



Assenta em dois  
princípios ...

Se o dador veio  
pelo seu pé ...  
...irá pelo seu pé



1

**proteger  
a saúde  
do dador**



**Não desvalorize  
riscos para a sua  
saúde**



# 2º Triagem Clínica



**2** proteger a  
saúde do  
recetor/doente

## Assenta em dois pressupostos ...

Sangue seguro  
começa em mim



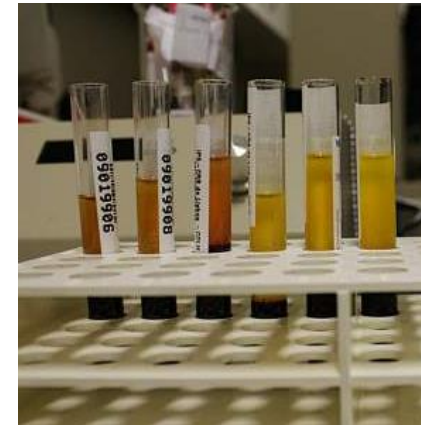
Não desvalorize  
comportamentos de  
risco



# 3º A Dádiva



450 ml



Controlo  
analítico



...Inscrição  
para dádiva  
de medula  
óssea



# 4º Dever Cumprido



Fique mais  
uns minutos



Toma  
alguma  
coisa?



## 4º Descanso



Fique mais  
uns minutos



Só assim podemos  
ajudá-lo se algo não  
correr tão bem

A comida é uma  
desculpa para  
ficar mais tempo  
connosco



# Cuidados a ter depois de dar ...



**Hoje beba  
mais água**

# Cuidados a ter depois de dar ...



**Evite locais  
quentes**



**Não fique muito tempo de pé**

**Proteja-se**





Queremos vê-lo de novo