

DADOS PESSOAIS
NOME:
Nº DO CADASTRO:
FUNÇÃO:
ÁREA DE ATUAÇÃO:
QUESTIONÁRIO
1. É DOADOR?
NÃO
SIM
QUAL OU QUAIS?
ORGÃOS
MEDULA
SANGUE
DATA DA ÚLTIMA DOAÇÃO
_____/____/____ (MÊS/ANO)
2. GRUPO SANGUÍNEO/FATOR RH
3. MEDIDA ANTROPOMÉTRICA
PESO ATUAL _____

ALTURA _____

4. POSSUI CARTÃO DE VACINAÇÃO?
SIM
NÃO, NUNCA FUI VACINADO

NÃO, POR PERDA E/OU EXTRAVIO DESSE, PORÉM DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE AS INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESQUEMA VACINAL, FEITAS POR MIM NESTE DOCUMENTO SÃO VERDADEIRAS.

5. FOI VACINADO CONTRA O TÉTANO?
NÃO
SIM
QUANTAS DOSES?
QUAL A DATA DA ÚLTIMA DOSE?
6. FOI VACINADO PARA HEPATITE B?
NÃO
SIM
QUANTAS DOSES?
7. FEZ O TESTE PARA DETECÇÃO DO ANTI HBs?
NÃO
SIM
QUAL O RESULTADO OBTIDO?
8. JÁ SOFREU ALGUM TIPO DE ACIDENTE BIOLÓGICO?
NÃO
SIM
QUANDO? _____ REALIZOU EXAMES DE CONTROLE? _____
OBS: anexar cópia da Carteira de Vacina e resultado do teste para detecção do Anti HBs, se houver.
ASSINATURA
DATA

Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – HEMOBA - Tel.:
(71) 3116-5600,
Fax: (71) 3116-5604, www.hemoba.ba.gov.br