



Código da doação

Questionário

(A preencher pelo Profissional de Saúde que realiza o questionário)

Modo de realização:

Pessoalmente  Telefone

Data da entrevista:  /  /  Entrevistador:

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Data de Nascimento:  /  /  2. Idade:
3. Sexo: F  M
4. Estado Civil:  
Casado/a  Solteiro/a  Viúvo/a  Divorciado/a  União de Facto
5. Etnicidade:  6. Naturalidade:
7. Nacionalidade:

B. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

1. Peso:  kg 2. Altura:  cm

C. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

1. Qual das seguintes situações melhor descreve a sua situação atual?

- |    |                                       |                          |    |                                |                          |
|----|---------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------------|--------------------------|
| 00 | Funcionário Público ou Privado        | <input type="checkbox"/> | 04 | Desempregado/a                 | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Reformado/a                           | <input type="checkbox"/> | 05 | Realizando trabalho voluntário | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Doméstico/a                           | <input type="checkbox"/> | 06 | Nenhuma das anteriores         | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Inválido/a por doença ou incapacidade | <input type="checkbox"/> | 07 | Prefere não responder          | <input type="checkbox"/> |

*Se assinalou as opções 02; 03; 04; 05; 06 ou 07 passe para o ponto 7.*

2. Qual a sua profissão e à quantos anos trabalha no seu trabalho atual?

- 2.1 Profissão:
- |    |                 |                          |    |                       |                          |
|----|-----------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Número de anos  | <input type="text"/>     | 02 | Não sabe              | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Menos de um ano | <input type="checkbox"/> | 03 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |

3. Quantas horas trabalha semanalmente?

- |    |                 |                          |    |                       |                          |
|----|-----------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Número de horas | <input type="text"/>     | 02 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Não sabe        | <input type="checkbox"/> |    |                       | <input type="checkbox"/> |

4. O seu trabalho exige que esteja muito tempo sentado/a?

- |    |                   |                          |    |                       |                          |
|----|-------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Nunca / Raramente | <input type="checkbox"/> | 03 | Sempre                | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Às vezes          | <input type="checkbox"/> | 04 | Não sabe              | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Normalmente       | <input type="checkbox"/> | 05 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |

5. O seu trabalho envolve trabalho físico pesado?

- |    |                   |                          |    |                       |                          |
|----|-------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Nunca / Raramente | <input type="checkbox"/> | 03 | Sempre                | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Às vezes          | <input type="checkbox"/> | 04 | Não sabe              | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Normalmente       | <input type="checkbox"/> | 05 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |

**6. O seu trabalho envolve turnos?**

- |    |                   |                          |    |                       |                          |
|----|-------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Nunca / raramente | <input type="checkbox"/> | 03 | Sempre                | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Às vezes          | <input type="checkbox"/> | 04 | Não sabe              | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Normalmente       | <input type="checkbox"/> | 05 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |

**7. Costuma estar exposto a ambientes climatizados?**

- |    |                   |                          |    |                       |                          |
|----|-------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Nunca / raramente | <input type="checkbox"/> | 03 | Sempre                | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Às vezes          | <input type="checkbox"/> | 04 | Não sabe              | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Normalmente       | <input type="checkbox"/> | 05 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |

**8. Escolaridade**

- |    |                   |                          |    |                       |                          |
|----|-------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | 1º Ciclo          | <input type="checkbox"/> | 04 | Curso Superior        | <input type="checkbox"/> |
| 01 | 2º Ciclo          | <input type="checkbox"/> | 05 | Pós-Graduação         | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 3º Ciclo          | <input type="checkbox"/> | 06 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Ensino Secundário | <input type="checkbox"/> |    |                       | <input type="checkbox"/> |

**D. COMPORTAMENTOS E HÁBITOS PESSOAIS****1. Com que frequência, por semana, faz exercício físico?**

- |     |                                |                          |    |                       |                          |
|-----|--------------------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00  | Número de vezes                | <input type="text"/>     | 02 | Nunca                 | <input type="checkbox"/> |
| 01  | Não sabe                       | <input type="checkbox"/> | 03 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |
| 1.1 | Que tipo de exercício realiza? | <input type="text"/>     |    |                       |                          |

**2. Quantas horas, por dia, costuma utilizar o computador (incluindo as horas no trabalho)?**

- |    |                   |                          |    |                       |                          |
|----|-------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Número de horas   | <input type="text"/>     | 02 | Não sabe              | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Menos de uma hora | <input type="checkbox"/> | 03 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |

**3. Em 24 horas, quantas horas costuma dormir?**

- |    |                 |                          |    |                       |                          |
|----|-----------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Número de horas | <input type="text"/>     | 02 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Não sabe        | <input type="checkbox"/> |    |                       |                          |

**4. Com que frequência bebe álcool?**

- |    |                                |                          |    |                          |                          |
|----|--------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 00 | Diariamente ou quase           | <input type="checkbox"/> | 04 | Só em ocasiões especiais | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Três a quatro vezes por semana | <input type="checkbox"/> | 05 | Nunca                    | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Uma a duas vezes por semana    | <input type="checkbox"/> | 06 | Prefere não responder    | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Uma a duas vezes por mês       | <input type="checkbox"/> |    |                          |                          |

**5. Fuma?**

- |     |                                           |                          |    |                       |                          |
|-----|-------------------------------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00  | Sim todos os dias                         | <input type="checkbox"/> | 02 | Não fuma              | <input type="checkbox"/> |
| 01  | Só às vezes                               | <input type="checkbox"/> | 03 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |
| 5.1 | Se fuma, quantos cigarros fuma por dia?   | <input type="text"/>     |    |                       |                          |
| 5.2 | Se é ex-fumador, quantos cigarros fumava? | <input type="text"/>     |    |                       |                          |

**6. Quantas horas por semana está exposto ao fumo de fumadores?**

- |    |                           |                          |    |                       |                          |
|----|---------------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|
| 00 | Número de horas           | <input type="text"/>     | 03 | Não sabe              | <input type="checkbox"/> |
| 01 | Raramente estou exposto/a | <input type="checkbox"/> | 04 | Prefere não responder | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Nunca estou exposto/a     | <input type="checkbox"/> |    |                       |                          |

**E. COMPORTAMENTOS ALIMENTARES****1. Em média, quantos copos de água toma por dia?**

- 00 Número de copos  02 Não sabe   
 01 Menos de um copo  03 Prefere não responder

**2. Em média, quantas chávenas de chá toma por dia (qualquer tipo de chá)?**

- 00 Número de chávenas  02 Não sabe   
 01 Menos de uma chávena  03 Prefere não responder

**3. Em média, quantas chávenas de café toma por dia (incluindo café descafeinado)?**

- 00 Número de chávenas  02 Não sabe   
 01 Menos de uma chávena  03 Prefere não responder

**F. COMPORTAMENTOS E HÁBITOS PESSOAIS****1. Habitualmente consome comida:**

- 00 Muito Salgada  03 Sem Sal   
 01 Salgada  04 Prefere não responder   
 02 Pouco Salgada

**G. INFORMAÇÃO DE SAÚDE****1. Como é a sua tensão arterial (normalmente)?**

- 00 Normal  02 Baixa   
 01 Alta  03 Prefere não responder

**2. Toma algum tipo de medicação (qualquer tipo)?**

- 00 Sim

Qual ou quais e indique para que doença:


- 01 Não   
 02 Prefere não responder

**3. Toma algum tipo de suplemento alimentar (cálcio, vitamina D, ácido ascórbico (vitamina C)?**

- 00 Sim   
 01 Não   
 02 Outro (s)   
 03 Prefere não responder

Qual ou quais:

**4. Com que frequência costuma tomar analgésicos?**

- 00 Muito frequente  03 Nunca   
 01 Frequente  04 Prefere não responder   
 02 Pouco frequente

## 5. Indique se sofre ou se alguém da sua família sofre das seguintes patologias.

Patologia	Eu	Pai	Mãe	Irmãos	Avó paterna	Avó materna	Avô paterno	Avô materno
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência venosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enxaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperparatiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença digestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores\cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litíase urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeções urinárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rim único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Status pós-menopausa em THS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Outras informações pertinentes.

  
  
  


## Classificação dos Produtos Biológicos Colhidos

(A preencher pelo/a Profissional de Saúde que colhe a amostra)

## • Produtos Biológicos a enviar ao SEEBMO (Assinale os produtos colhidos):

Tubos de hemograma (Plasma; DNA)  Tubos PAXgene (RNA)  Urina Fresca   
 Tubo de Gel (Soro)  Outro

Código de Identificação dos tubos: 

## • Colheita

 /  /  Hora  :  Local 
Profissional de Saúde que colheu a amostra:  Nº Mec.: 

## Receção dos Produtos Biológicos no SEEBMO

Recebido por:  Nº Mec.:   
 /  /  Hora:  :

## • Chegada dos produtos biológicos nas condições de temperatura e transporte específicas:

Sim  Não  Especifique: 

## • Consentimento:

Sim  Não  Código de armazenamento no AZORBIO: