



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

FORMULÁRIO DE SOROCONVERSÃO DE RECEPTOR

Código: *FSR-UC*

Documento relacionado: Manual para
Unidades Conveniadas

Revisão: 0

4. QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO (DADOS DO RECEPTOR)

Recebeu transfusões anteriores em outros locais?

() Não () Sim - Onde e quando? _____

Gestações anteriores?

() Não () Sim - Quando e quantas? _____

Profissão do receptor: _____

Já teve acidente com perfuro-cortantes?

() Não () Sim - Onde e quando? _____

Recebeu tratamento profilático? _____

Já realizou procedimento cirúrgico?*

() Não () Sim - Qual e quando? _____

Usa ou usou *piercing*?* Já fez tatuagens?*

() Não () Sim - Qual e quando? _____

Já fez tratamento de acupuntura?*

() Não () Sim – Quando e onde? _____

Já fez uso de drogas injetáveis ou por inalação?

() Não () Sim - Por quanto tempo? Quando? _____

Já passou por situação de risco por exposição sexual?

() Não () Sim – Descreva: _____

* Para as informações referentes à realização de procedimento cirúrgico, acupuntura, confecção de tatuagens e uso de *piercing*, quando possível, investigar e registrar: local de realização, existência de autorização para funcionamento do hospital/clínica (licença sanitária), tipo de material utilizado no procedimento (estéril/não estéril), etc.



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

FORMULÁRIO DE SOROCONVERSÃO DE RECEPTOR

Código: *FSR-UC*

Revisão: *0*

Documento relacionado: Manual para
Unidades Conveniadas

5. O CASO FOI NOTIFICADO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA?

() Sim – Anexar cópia da notificação () Não – Justificar: _____

6. FOI REALIZADA A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (se aplicável)?

() Sim – Anexar cópia da notificação () Não - Justificar: _____

Profissional de saúde responsável pelo preenchimento:

NOME: _____

MATRÍCULA: _____ **Data:** ____/____/____

Em observância à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) - LEI N.º 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018, os dados pessoais registrados neste formulário devem ser tratados, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária.

Nota:

Encaminhe o FSR-UC, por meio de correspondência eletrônica (gvig@fhb.df.gov.br), à Gerência de Hemovigilância - Gvig/Dihemo/Unitec/PR/FHB-DF: gvig@fhb.df.gov.br