



## Questionário para doador vivo de rim (FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL)

Preencha o seguinte formulário (preferencialmente por email ou fax) e envie-o para:

Email: [Karen.Curreri@bmc.org](mailto:Karen.Curreri@bmc.org) Telefone: 617-638-8368 (escritório/correio de voz) ou 617-638-8430 (escritório principal)

Fax: 617-638-8427

---

Living Donor Coordinator  
Boston Medical Center, Division of Transplant Surgery  
85 East Concord St. Second Floor, Room 2402  
Boston, MA 02118-2642

### Informações demográficas:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade/Estado/País/CEP: \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Podemos deixar mensagem? SIM NÃO

Email: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deseja doar um rim para uma pessoa específica? SIM NÃO

Em caso afirmativo, qual é o nome do receptor em potencial? \_\_\_\_\_

Qual é a sua relação com esse potencial receptor? \_\_\_\_\_

Quem é o seu médico de cuidados primários? \_\_\_\_\_

Endereço do médico (incluindo cidade/estado/país/CEP): \_\_\_\_\_

Telefone do médico: \_\_\_\_\_

Qual é o seu tipo sanguíneo? A B AB O não tenho certeza

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Qual é a sua ocupação? \_\_\_\_\_

Você está empregado atualmente? SIM NÃO  
Período integral ou Meio período

Você tem um plano de saúde ativo atualmente? SIM NÃO

Tipo: \_\_\_\_\_

Você mora com alguém? Em caso afirmativo, quem? \_\_\_\_\_

Quem estaria disponível para cuidar de você após a cirurgia? \_\_\_\_\_

**Medicamentos:**

Relacione seus medicamentos diários atuais: \_\_\_\_\_

Relacione suas alergias: \_\_\_\_\_

**Perguntas de histórico médico:**

Você já foi diagnosticado com hipertensão ou hipertensão gestacional?	SIM	NÃO
Você já teve algum problema com seus pulmões ou problemas respiratórios?	SIM	NÃO
Você já teve algum problema de coração?	SIM	NÃO
Você já teve algum problema no estômago ou no intestino?	SIM	NÃO
Você já foi diagnosticado com alguma doença autoimune?	SIM	NÃO
Você já foi diagnosticado com alguma doença neurológica?	SIM	NÃO
Você já teve algum problema com os nervos ou o cérebro?	SIM	NÃO
Você já foi diagnosticado com algum problema nos rins ou na bexiga?	SIM	NÃO
Você já foi diagnosticado com doenças do sangue?	SIM	NÃO
Você já foi diagnosticado com distúrbios hemorrágicos ou de coagulação?	SIM	NÃO
Você já foi diagnosticado com Câncer?	SIM	NÃO
Você já recebeu tratamento para infecções recorrentes (VRE, MRSA)?	SIM	NÃO
Você tem alguma doença Psiquiátrica?	SIM	NÃO
Você sofre de Depressão?	SIM	NÃO
Você já tentou suicídio?	SIM	NÃO
Você já testou positivo para tuberculose?	SIM	NÃO
Em caso afirmativo, recebeu tratamento?	SIM	NÃO
Por quanto tempo você tomou medicação para o tratamento?	_____	

Você já teve Câncer de Pele? SIM NÃO

Você tem lesões de pele suspeitas? SIM NÃO

Você já foi diagnosticado com COVID?	SIM	NÃO
Em caso afirmativo, quando? _____		
Você já foi diagnosticado com alguma doença renal?	SIM	NÃO
Você já foi informado de que possui proteínas na urina (Proteinúria)?	SIM	NÃO
Você já foi informado de que tem sangue na urina (Hematúria)?	SIM	NÃO
Você já teve uma lesão em um dos seus rins?	SIM	NÃO
Você já foi diagnosticado com diabetes, incluindo diabetes gestacional?	SIM	NÃO
Você já foi diagnosticado com pedras nos rins (nefrolitíase)?	SIM	NÃO
Você já teve alguma infecção do trato urinário (ITU)?	SIM	NÃO
Você já tomou medicamentos que podem causar lesões nos rins?	SIM	NÃO

**Perguntas para triagem de câncer:**

**MULHERES:**

Você já teve câncer cervical ou uterino?	SIM	NÃO
Quando foi o seu último exame de papanicolau? _____		

**MULHERES acima de 40 anos:**

Você já teve câncer de mama?	SIM	NÃO
Quando foi sua última mamografia? _____		

**HOMENS acima de 50 anos:**

Você já teve câncer de próstata?	SIM	NÃO
Quando foi seu último teste de PSA? _____		

**HOMENS e MULHERES acima de 45 anos:**

Você já teve câncer de cólon?	SIM	NÃO
Quando/onde foi sua última colonoscopia? _____		

**FUMANTES, atuais e antigos:**

Você já teve câncer de pulmão?	SIM	NÃO
--------------------------------	-----	-----

<b>Qualquer outro histórico médico (exemplos: asma, epilepsia, doença cardíaca, DPOC, etc.)?</b>	SIM	NÃO
--	-----	-----

Em caso afirmativo, favor listar: \_\_\_\_\_

**Histórico cirúrgico - liste todas as cirurgias e anos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Perguntas de histórico familiar:**

Alguém de sua família já foi diagnosticado com:

Doenças coronarianas?	SIM	NÃO
Câncer?	SIM	NÃO
Doença renal?	SIM	NÃO
Diabetes?	SIM	NÃO
Hipertensão?	SIM	NÃO
Câncer renal?	SIM	NÃO
Doenças genéticas dos rins?	SIM	NÃO

Em caso afirmativo para qualquer um dos itens acima, quem era na sua família? \_\_\_\_\_

**Perguntas de histórico social:**

**Você fuma atualmente?** **SIM** **NÃO**

Em caso afirmativo, em que ano você começou a fumar? \_\_\_\_\_

Quantos cigarros ou maços você fuma por dia? \_\_\_\_\_

**Você bebe álcool, vinho ou cerveja?** **SIM** **NÃO**

Em caso afirmativo, quantas doses você bebe por dia? \_\_\_\_\_

**Você usa atualmente ou já usou alguma droga ilícita?** **SIM** **NÃO**

Em caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**Você é:** Casado(a)                      Solteiro(a)                      Divorciado(a)                      Separado(a)

**Você tem filhos? S N**      **Idades:** \_\_\_\_\_

**Vacina contra a Covid e doses de reforço:**

**1ª Data:** \_\_\_\_\_ **Tipo:** \_\_\_\_\_

**2ª Data:** \_\_\_\_\_ **Tipo:** \_\_\_\_\_

**3ª Data:** \_\_\_\_\_ **Tipo:** \_\_\_\_\_

**4ª Data:** \_\_\_\_\_ **Tipo:** \_\_\_\_\_

**5ª Data:** \_\_\_\_\_ **Tipo:** \_\_\_\_\_

**6ª Data:** \_\_\_\_\_ **Tipo:** \_\_\_\_\_

**Quaisquer doses de reforço adicionais: Favor fornecer Datas e Tipos:**

**Existe alguma outra informação que você gostaria de fornecer?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_