

Nº. CEDACE

Inscrição/Informação ao Dador

NOME COMPLETO: _____

I – PROPOSTA

O primeiro objetivo do CEDACE é encontrar dadores voluntários que desejem doar células de medula óssea, a doentes que podem ser tratados pela transplantação destas células. Por isso, **se tiver entre 18 e 45 anos**, contamos consigo para participar no Registo Português de Dadores de Medula Óssea (CEDACE).

Encontrar um dador compatível é uma tarefa muito difícil, pois as pessoas são geneticamente muito diferentes. Por isso, o nosso Registo está integrado numa base de dados internacional contendo dadores de outros registos, permitindo assim aos nossos doentes o acesso a medulas de dadores provenientes de Portugal ou de outros países. A sua doação também pode ser efetuada para qualquer doente português ou estrangeiro que necessite de uma transplantação de medula óssea.

II - CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

Se quiser participar neste programa, deverá ler toda a proposta e depois deverá preencher o pequeno inquérito médico que está em anexo. O inquérito destina-se não só a proteger a saúde do dador mas também a do doente. Uma vez avaliado por um médico, e se não forem encontradas contra indicações, o CEDACE fará análises para determinar as características tecidulares dos seus leucócitos (chamada tipagem HLA). São estas características que vão permitir avaliar a compatibilidade entre o potencial dador e o doente, antes deste poder vir a receber a medula óssea. **Esta inscrição só se faz uma vez e é válida até aos 55 anos, idade a partir da qual, de acordo com as regras internacionais dos registos, os dadores são retirados das bases de dados.**

A determinação do HLA requer a colheita de um pouco de sangue da veia do braço, mais ou menos 6 ml.

Este registo e a tipagem HLA, são apenas a primeira etapa na doação da medula óssea. Em base de dados ficam registados os seus dados pessoais e a tipagem HLA. No caso de aparecer um doente que tenha compatibilidade tecidular consigo, então irá ser necessário fazer mais uma pequena colheita de sangue para testes mais precisos. Se estes indicarem que há uma perfeita semelhança entre si e o doente, então será feito um exame médico e só depois será feita a colheita de medula óssea.

A colheita de medula óssea poderá ser feita de duas formas diferentes. Numa delas as células são colhidas por uma técnica chamada citaférese, na qual é possível colher as células a partir de veias periféricas no braço, num processo rápido e simples. Neste caso, o sangue retirado da veia do dador passa através de um aparelho que remove apenas as células necessárias para o transplante, devolvendo novamente as restantes células e plasma ao dador. Neste caso para que as células da medula sejam mobilizadas para a periferia é necessário que o dador faça um tratamento com injeções subcutâneas de uma substância chamada fator de crescimento. Este fator de crescimento é uma substância fisiológica que todos nós produzimos diariamente e principalmente quando é exigido ao nosso Sistema Imunitário que responda a uma infeção, por exemplo.

Na outra forma a colheita de medula óssea é feita no bloco operatório, sob anestesia, por punção dos ossos da bacia. Neste caso há que recorrer a um pequeno internamento de cerca de 24 horas. Não tem riscos para além da curta anestesia a que é sujeito e poderá eventualmente sentir alguns incómodos no local da picada durante um ou dois dias.

O dador poderá sempre optar pela forma de colheita e a cada etapa deste processo ser-lhe-á dada informação sobre o que se vai passar.

III - DESISTÊNCIA

Pode, em qualquer altura, desistir da sua participação no CEDACE.

O CEDACE informa que na fase final, pré-colheita, esse facto poderá vir a constituir compromisso para a vida do doente.

IV - SEGURANÇA

Os riscos físicos de se registar no CEDACE, são apenas os riscos decorrentes da colheita de amostra de sangue e que se podem considerar mínimos.

V - PAGAMENTOS

Em qualquer fase deste processo não serão efetuados quaisquer pagamentos a um potencial dador de medula óssea.

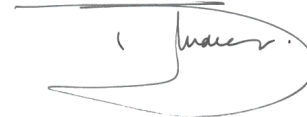
VI - CUSTOS

Não lhe serão cobrados quaisquer pagamentos resultantes das análises feitas ao sangue ou à medula óssea.

VII – CONFIDENCIALIDADE

A sua identidade nunca será revelada ao longo do processo. Após a colheita, o seu sangue é identificado com um código e a chave desse código será sempre confidencial.

O Diretor,



Professor Doutor Helder Trindade

VIII – CONSENTIMENTO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO INFORMÁTICO DOS DADOS PESSOAIS E DOS RESULTADOS LABORATORIAIS TIPAGEM HLA

(Nome do dador/titular) _____,
nascido em ___ / ___ / ___, portador do BI/C.Cidadão n.º _____, confirma ter sido informado de que os seus dados pessoais, nome morada e contactos telefónicos irão constar numa Base de Dados Nacional do CEDACE, bem como que os seus dados de análise imunogenética (tipagem HLA) se destinam a poder ser comparados com os de doentes que possam vir a necessitar de transplantação de medula óssea.

Mais confirma ter sido informado que os seus dados pessoais só serão cruzados com os dados imunogenéticos em caso de vir a ser activado como possível dador e que esse cruzamento será feito apenas por pessoal da área da saúde (médico ou técnico credenciados para o efeito) bem como que o responsável pelo tratamento destes dados é o Director do CEDACE.

Igualmente confirma, após leitura da informação, ter sido esclarecido de todas as dúvidas, e declara prestar o seu consentimento para que os seus dados pessoais e de tipagem HLA possam ser processados informaticamente, bem como que os dados relativos ao sexo e idade, que não permitem a identificação do titular, possam ser transferidos para o “Bone Marrow Donors Worldwide” e para outros registos situados em estados fora da União Europeia.

O/A Dador/a,

O Profissional de Saúde,

(Assinatura Legível)

Data: ___ / ___ / ___

A inscrição no CEDACE só se faz uma única vez

A preencher pelos serviços do CEDACE

Autorizo a inscrição como dador

Inscrição Condicionada: _____

O dador não deve ser inscrito no registo por: _____

O Médico, _____

INQUÉRITO

Todas as respostas são confidenciais e pretendem protegê-lo a si e ao doente que venha a receber a sua medula óssea

A preencher pelo potencial dador

Sexo: M F Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____ anos

Origem (etnia): _____ Data de Nascimento ____/____/____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

	Sim	Não
1 Alguma vez deu sangue Se sim, diga onde foi: _____ Alguma vez foi recusado como dador ou foi chamado depois de ter feito a dádiva de sangue? Qual o motivo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tem alguma doença de coração, rins ou pulmões? Se respondeu sim, diga qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sofre de cancro, diabetes ou epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tem alguma doença do aparelho digestivo? Se respondeu sim, diga qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Alguma vez teve hepatite? Se respondeu sim e se souber diga há quanto tempo _____ anos, e que tipo foi A, B ou C _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sofre de outra doença crónica conhecida? Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Foi operado nos últimos 12 meses? Se respondeu sim, indique o motivo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Fez alguma transfusão desde 1980? Se respondeu sim, indique o motivo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Está fazer algum tratamento médico há mais de 6 meses? Se respondeu sim, diga qual e porquê: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Na sua família houve algum caso de Doença de Creutzfeldt-Jakob (variante humana da doença das vacas loucas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Foi submetido a transplante de tecidos, órgãos ou fez tratamento com hormona de crescimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Alguma vez utilizou drogas injectáveis não receitadas por médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Considera que tem algum comportamento ou hábito de vida que o torne suscetível de poder ser portador de doenças infecto-contagiosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações: _____

POR FAVOR PREENCHA COM LETRA LEGÍVEL

Morada: _____ **Nº** _____ **Andar:** _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	--	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----	----------------------	----------------------	----------------------

Código Postal

Localidade

Profissão: _____ **Local de Trabalho** _____

Telefone de Casa

Telemóvel

Telefone do Trabalho

Outros

Email:

Por favor indique nomes de familiares ou amigos que saibam sempre onde o encontrar se for contactado por nós.

(1)

Nome: _____

Telefone de Casa
Telemóvel

Relação*

(2)

Nome: _____

Telefone de Casa
Telemóvel

Relação*

Relação* 01 – Pai/Mãe 02 – Irmão/Irmã 03 – Cônjuge 04 – Filho/Filha 05 – Outro Familiar 06 – Amigo/Amiga

A inscrição no CEDACE só se faz uma única vez