



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO BIOMÉDICO
DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA
FORMULÁRIO DE REGISTRO DO DOADOR

Data: ____/____/____

1. Dados Pessoais

Nome Completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Cor: () Branca () Parda () Preta () Amarela

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

CEP: _____

Tel. Res.: () _____

Tel. Cel. : () _____

E-mail: _____

2. Dados do Parente Próximo

Nome Completo: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

CEP: _____

Tel. Res.: () _____

Tel. Cel. : () _____

E-mail: _____

3. Algum familiar seu é doador de corpo para este ou outro programa de doação?

() Não () Sim () Pai () Mãe () irmão(s) Quanto(s) ? ____ () outro : _____

QUESTIONÁRIO INFORMATIVO

<p>1. Como ficou sabendo do programa de doação de corpos? <input type="checkbox"/> Folder <input type="checkbox"/> Site <input type="checkbox"/> Cartaz <input type="checkbox"/> Imprensa <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> outro doador <input type="checkbox"/> amigo/familiar <input type="checkbox"/> Outro meio. Qual? _____</p>	
<p>2. Qual seu peso? _____</p>	<p>3. Fumante? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 4. Alcoolismo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>5. Tem alguma doença? <input type="checkbox"/> Pressão Alta <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cirros <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença do Coração <input type="checkbox"/> Lúpus <input type="checkbox"/> Hepatite Crônica <input type="checkbox"/> Bronquite crônica <input type="checkbox"/> Pancreatite crônica <input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) <input type="checkbox"/> Tumor maligno em tratamento agora. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Tumor maligno no passado Qual? _____ <input type="checkbox"/> Outra(s). Qual (is)? _____.</p>	
<p>6. Já realizou alguma cirurgia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Qual? _____ 7. J realizou algum transplante? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. De quê? _____</p>	
<p>8. Religião: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Agnóstico <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Judaica <input type="checkbox"/> Ateu <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____</p>	
<p>9. Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Formação Técnica <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>	
<p>10. Profissão que atuou? _____ 11. Situação Atual: <input type="checkbox"/> Ativo (trabalha) <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Em benefício <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>	
<p>12. Faixa de Renda Mensal: <input type="checkbox"/> Até 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 3 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 10 a 20 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 20 a 30 salários mínimo <input type="checkbox"/> Mais de 30 salários mínimos <input type="checkbox"/> Sem renda fixa</p>	
<p>13. Qual o principal motivo da doação? <input type="checkbox"/> Não gostar da idéia de ser enterrado ou cremado <input type="checkbox"/> Não possuir familiares <input type="checkbox"/> Vontade de ajudar a sociedade e a ciência <input type="checkbox"/> Não causar custo para a família <input type="checkbox"/> Não gostar da idéia de ser enterrado ou cremado <input type="checkbox"/> Não causar custo para a família <input type="checkbox"/> Gratidão ao atendimento recebido por médicos e outros profissionais da área <input type="checkbox"/> Outro. Qual?</p>	
<p>14. É doador de sangue? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 15. É doador de órgãos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 16. Faz doação para entidades assistenciais? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 17. Qual a idade? _____</p>	
<p>OBS: _____ _____ _____</p>	