

Responsável | Prof. Dr. Ricardo Taipa
Técnica Coordenadora | Inês Reis
Administrativa | Manuela Moreira

Unidade de Neuropatologia, Departamento de Neurociências
Centro Hospitalar Universitário de Santo António
Largo Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto
Telf: 913504401 | 222 077 50 | Ext: 1620
Email: geral@bancodecerebros.chporto.pt

A. REGISTO DO DADOR

(Por favor preencher em MAIÚSCULAS se possível)

Nome e apelido do dador: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ **Localidade:** _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ **Local de nascimento:** _____

Origem étnica: _____ **Telefone:** _____

Nome de médico de família _____ **Centro Saúde:** _____

Nome de neurologista assistente: _____

Nome e apelido de familiar mais próximo: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ **Localidade:** _____

Telefone: _____ **Grau de parentesco:** _____

O dador encontra-se hospitalizado, num lar ou morada diferente da sua residência? Sim / Não.

Se sim indique:

Hospital / Lar: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ **Localidade:** _____ **Telefone:** _____

Como teve conhecimento do Banco Português de Cérebros:

Neurologista assistente / Médico de família / Associação de familiares / Outros _____

Nome da pessoa que completou o questionário: _____

Relação de parentesco com dador _____

Se não pretender receber informações acerca do diagnóstico ou outro tipo de informações
do Banco Português de Cérebros após a doação, por favor assinale com uma cruz. []

Data ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

B. REGISTO DE DADOR – Informação Clínica

(a preencher pelo neurologista assistente)

Nome e apelido do dador: _____

Ocupação profissional anterior/atual _____

Fatores de risco vascular? Não / Sim (Quais) _____

Lateralidade: Esquerdino / Destro / Ambidestro

Início dos sintomas: Ano _____ Idade _____

Quais foram os primeiros sintomas? _____

Diagnóstico Clínico: _____

Quando foi diagnosticado pela primeira vez? Ano _____ Idade _____

Quem realizou o diagnóstico? (Neurologista, Médico de Família, etc) _____

Nome do Médico e Hospital onde é seguido: _____

Que medicação toma atualmente: _____

Meios complementares diagnóstico _____

Existe algum caso de condição neurológica na família? Sim / Não

Se sim:

Condição Neurológica

Relação com o dador (Materno/Paterno)

(Após a doação será solicitado um resumo clínico ao neurologista assistente)