

Sente-se bem de saúde e em condições de dar sangue?

[✎ EDITAR](#)

Alguma vez deu sangue ou componentes sanguíneos?

[✎ EDITAR](#)

Deu sangue há menos de 2 meses?

[✎ EDITAR](#)

Alguma vez lhe foi aplicada uma suspensão para a dádiva de sangue?

[✕ NÃO](#)[✓ SIM](#)

Ocorreu alguma reação ou incidente nas dádivas anteriores?

[✕ NÃO](#)[✓ SIM](#)