

	<b>CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE</b> Questionario anamnestico del candidato donatore di sangue e/o emocomponenti (DM 02/11/2015)	CODICE DOC.
	<b>Servizio Trasfusionale</b>	MSIT742-1

<b>Cognome</b> .....	<b>Nome</b> .....	<b>M</b> <input type="checkbox"/>	<b>F</b> <input type="checkbox"/>
<b>Luogo di nascita</b> .....	<b>Data di nascita</b> .....	<b>Nazionalità</b> .....	
<b>Residente a</b> .....	<b>Via</b> .....	<b>n</b> .....	<b>CAP</b> .....
<b>Domicilio</b> (se diverso dalla residenza) .....	<b>Via</b> .....	<b>n</b> .....	<b>CAP</b> .....
<b>Telefono</b> .....	<b>E-mail</b> (facoltativo).....		
<b>Codice fiscale</b> (facoltativo).....		<b>Medico Curante</b> .....	

**1. Da compilare da parte di donatori nuovi per il nostro Centro o da chi non dona da più di 24 mesi**

È mai stato ricoverato in ospedale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, perché e quando?		
È stato mai affetto da:		
- malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- malattie infettive, tropicali, tubercolosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- malattie respiratorie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- malattie renali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- malattie del sangue o della coagulazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- malattie neoplastiche (tumori)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- diabete	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto shock allergico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, quando?		
È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob (malattia della mucca pazza)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Le è mai stato detto di non donare sangue?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È vaccinato per l'epatite B?	Non noto <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
		NO <input type="checkbox"/>

**2. Per tutti i donatori**

È attualmente in buona salute ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se no, quali malattie ha avuto e quando?		
Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha manifestazioni allergiche in atto? Quali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Nell'ultima settimana</b> si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Nelle ultime 4 settimane</b> è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

	<b>CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE</b> Questionario anamnestico del candidato donatore di sangue e/o emocomponenti (DM 02/11/2015)	CODICE DOC.
	<b>Servizio Trasfusionale</b>	MSIT742-1

### 3. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

Ha assunto o sta assumendo:			
- farmaci per prescrizione medica	Se sì quali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- farmaci per propria decisione	Se sì quali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì quali	Quando?		
Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### 4. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dall'ultima donazione e comunque <b>negli ultimi quattro mesi</b> ha cambiato partner?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dall'ultima donazione e comunque <b>negli ultimi quattro mesi</b> ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):			
- con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- con partner occasionale		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- con più partner sessuali		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- con soggetti tossicodipendenti		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- con scambio di denaro e droga		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dall'ultima donazione e comunque <b>negli ultimi quattro mesi</b> :			
- Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- È stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc)?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- Si è sottoposto a:			
a. somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b. agopuntura con dispositivi non monouso		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c. tatuaggi		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d. piercing o foratura delle orecchie		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
e. somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- È stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

*Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti, per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.*

MSIT742-1	Emissione 3 SGQ del 30/12/2015	Revisione 0	Approvato DIR	Pagina 2 di 4
-----------	--------------------------------	-------------	---------------	---------------

	<b>CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE</b> Questionario anamnestico del candidato donatore di sangue e/o emocomponenti (DM 02/11/2015)	CODICE DOC.
	<b>Servizio Trasfusionale</b>	MSIT742-1

### **5. Soggiorni all'estero/province italiane**

È nato, ha vissuto, vive all'estero?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, in quale/i Paese/i		
Ha viaggiato all'estero <b>nell'ultimo anno</b> ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, in quale/i Paese/i e quando		
I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha trascorso un <b>periodo superiore a 6 mesi</b> (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel <b>periodo 1980-1996</b> ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È stato trasfuso o sottoposto a interventi chirurgici nel Regno Unito <b>dopo il 1980</b> ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o <b>entro 6 mesi</b> dal rientro?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Negli ultimi 28 giorni</b> ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, dove		

### **6. Solo per le donatrici**

Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì quando?		
È attualmente in gravidanza?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha partorito <b>negli ultimi 6 mesi</b> ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto interruzione di gravidanza <b>negli ultimi 6 mesi</b> ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

## **INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE**

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" D.L. 196/2003, La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge.

In particolare il Servizio Trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.

Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione.

Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge. I suoi dati personali non saranno diffusi.

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal Suo Servizio Trasfusionale. Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti. Il Titolare e il responsabile del trattamento è il Direttore della Struttura.

MSIT742-1	Emissione 3 SGQ del 30/12/2015	Revisione 0	Approvato DIR	Pagina 3 di 4
-----------	--------------------------------	-------------	---------------	---------------

	<b>CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE</b> Questionario anamnestico del candidato donatore di sangue e/o emocomponenti (DM 02/11/2015)	CODICE DOC.
	<b>Servizio Trasfusionale</b>	MSIT742-1

## CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE

### Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- aver preso visione del materiale informativo in tutte le sue parti e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili, con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS,
- essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

### Il/La sottoscritto/a, autorizza:

- il Servizio Trasfusionale all'esecuzione sul proprio campione di sangue dei test prescritti dalla Legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e ad essere informato sugli esiti reattivi;
- il personale del Servizio Trasfusionale e/o Unità di Raccolta al trattamento dei dati personali e sensibili, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

autorizza

non autorizza

- l'eventuale utilizzo di componenti della donazione per studi o ricerche scientifiche negli ambiti indicati nel materiale informativo;
- l'eventuale trasferimento a scopo di ricerca e in forma resa anonima (codificata e protetta) di detti materiali ad un'altra struttura.

autorizza

non autorizza

Data \_\_\_\_\_ Firma del/della donatore/donatrice \_\_\_\_\_

### A cura del personale sanitario

<b>1. Parametri fisici del donatore</b> Eta'..... Peso (Kg)..... PA (mmHg) ..... FC (batt/min)..... Hb (g/dL)..... Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione.....	
<b>2. Valutazione clinica/anamnestica</b> Valutazione delle condizioni di salute del donatore..... Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico .....	
<b>3. Giudizio di idoneità</b> Il donatore risulta <input type="checkbox"/> idoneo a donare il seguente emocomponente:..... <input type="checkbox"/> Escluso Temporaneamente: motivo.....durata..... <input type="checkbox"/> Escluso Permanentemente motivo.....	
Data.....	Firma del medico responsabile della selezione.....

Firma del medico responsabile della selezione e che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_