



Cognome: _____ Nome: _____
Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____ Sesso: ¹ _____
Residente a: _____
Telefono: _____ e-mail: _____
Codice Fiscale: _____

CONSENSO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE

Il sottoscritto dichiara di:

- aver preso visione del materiale informativo rilasciato dal Servizio Trasfusionale;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- 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.
- di essere a conoscenza che 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.

Firma del donatore

Firma del sanitario



Cognome: _____ Nome: _____
Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____ Sesso: ¹ _____
Residente a: _____
Telefono: _____ e-mail: _____
Codice Fiscale: _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

- | | SÌ | NO |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Stato di salute progressivo (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1. È mai stato ricoverato in ospedale? | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> |
| Se sì, perché e quando? _____ | | |
| 1.2. È mai stato affetto da: | | |
| 1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari | <input type="checkbox"/> 12.1 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi | <input type="checkbox"/> 12.2 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari | <input type="checkbox"/> 12.3 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici | <input type="checkbox"/> 12.4 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.5. malattie respiratorie | <input type="checkbox"/> 12.5 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero | <input type="checkbox"/> 12.6 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.7. malattie renali | <input type="checkbox"/> 12.7 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione | <input type="checkbox"/> 12.8 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori) | <input type="checkbox"/> 12.9 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.10. diabete | <input type="checkbox"/> 12.10 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.11. ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza? | <input type="checkbox"/> 12.11 | <input type="checkbox"/> |
| 1.3. Ha mai avuto shock allergico? | <input type="checkbox"/> 1.3 | <input type="checkbox"/> |
| 1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? | <input type="checkbox"/> 1.4 | <input type="checkbox"/> |
| Se sì, quando? _____ | | |
| 1.5. È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule? | <input type="checkbox"/> 1.5 | <input type="checkbox"/> |
| 1.6. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")? | <input type="checkbox"/> 1.6 | <input type="checkbox"/> |
| 1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue? | <input type="checkbox"/> 1.7 | <input type="checkbox"/> |
| 1.8. È vaccinato per l'epatite B? | <input type="checkbox"/> 1.8 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stato di salute attuale | | |
| 2.1. È attualmente in buona salute? | <input type="checkbox"/> 2.1 | <input type="checkbox"/> |
| 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? | <input type="checkbox"/> 2.2 | <input type="checkbox"/> |
| 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando? | | |
| 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, ghiandole linfatiche ingrossate)? | <input type="checkbox"/> 2.4 | <input type="checkbox"/> |
| 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche? | <input type="checkbox"/> 2.5 | <input type="checkbox"/> |
| 2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo? | <input type="checkbox"/> 2.6 | <input type="checkbox"/> |
| 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? | <input type="checkbox"/> 2.7 | <input type="checkbox"/> |
| 2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? | <input type="checkbox"/> 2.8 | <input type="checkbox"/> |
| 2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)? | <input type="checkbox"/> 2.9 | <input type="checkbox"/> |
| 2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi? | <input type="checkbox"/> 2.10 | <input type="checkbox"/> |

3. Solo per le donatrici

- 3.1. È attualmente in gravidanza? 3.1
- 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi? 3.2
- 3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? 3.3

4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

- 4.1. Ha assunto o sta assumendo:
- 4.1.1. farmaci per prescrizione medica 4.1.1
 - 4.1.2. farmaci per propria decisione 4.1.2
 - 4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata 4.1.3
- 4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? 4.2
- 4.3. È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? 4.3
- 4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche? 4.4
- 4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti? 4.5

5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili 5.1
- 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? 5.2
- 5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo? 5.3
- 5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo? 5.4
- 5.5. Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? 5.5
- 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? 5.6
- 5.7. Dall'ultima donazione e comunque NEGLI ULTIMI QUATTRO MESI ha cambiato partner? 5.7
- 5.8. Dall'ultima donazione e comunque NEGLI ULTIMI QUATTRO MESI ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):
- 5.8.1. con partner risultato positivo al test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS 5.8.1
 - 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali 5.8.2
 - 5.8.3. con un partner occasionale 5.8.3
 - 5.8.4. con più partner sessuali 5.8.4
 - 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti 5.8.5
 - 5.8.6. con scambio di denaro o droga 5.8.6
 - 5.8.7. con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo 5.8.7
- 5.9. Dall'ultima donazione e comunque NEGLI ULTIMI QUATTRO MESI:
- 5.9.1. ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e dell'epatite C? 5.9.1
 - 5.9.2. è stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es.: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia, ecc.)? 5.9.2
 - 5.9.3. si è sottoposto a:
 - a. somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/dispositivi non sterili 5.9.3 a
 - b. agopuntura con dispositivi non monouso 5.9.3 b
 - c. tatuaggi 5.9.3 c
 - d. piercing o foratura delle orecchie con dispositivi non monouso 5.9.3 d
 - e. somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasma derivati 5.9.3 e
 - 5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue 5.9.4
 - 5.9.5. È stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue? 5.9.5

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.

6. Soggiorni all'estero/province italiane

- 6.1. È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? 6.1
- Se sì, in quale/i Paese/i? _____
- 6.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del Sud o in Messico? 6.2
- 6.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? 6.3
- 6.4. È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? 6.4
- 6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro? 6.5
- 6.6. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? 6.6
- Se sì, dove? _____

_____ Data

_____ Firma del donatore

_____ Firma del sanitario

Ho letto e compreso il contenuto delle informazioni rilasciate dal Servizio Trasfusionale ai sensi dell'Art. 13 del regolamento UE 2016/679

_____ Firma del donatore

_____ Firma del sanitario

IDONEO ALLA DONAZIONE DI _____

NON IDONEO ALLA DONAZIONE

_____ Firma del sanitario