



DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE (All II, parte D)

Cognome..... Nome.....
 Tessera Avis.....Cod.Fiscale.....
 Luogo di nascita.....Data di nascita.....
 Sesso M F Nazionalità.....
 Residente a..... Via.....
 Domicilio.....
 Telefono..... Tel. Cell.....
 Altro Tel..... E-mail..... Altri recapiti.....
 Ditta..... Tel..... Int..... Reparto.....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (All. II, parte E)

1 Stato di salute pregresso			
1.1	E' mai stato ricoverato in ospedale? Se si, perché.....		SI NO
1.2	E' stato mai affetto da:		
1.2.1	malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	SI	NO
1.2.2	malattie infettive, tropicali, tubercolosi	SI	NO
1.2.3	ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari	SI	NO
1.2.4	malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici	SI	NO
1.2.5	malattie respiratorie	SI	NO
1.2.6	malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	SI	NO
1.2.7	malattie renali	SI	NO
1.2.8	malattie del sangue o della coagulazione	SI	NO
1.2.9	malattie neoplastiche (tumori)	SI	NO
1.2.10	diabete	SI	NO
1.3	Ha mai avuto shock allergico?		SI NO
1.4	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?.....		SI NO
1.5	E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?		SI NO
1.6	In famiglia vi sono stati casi di malattia Creutzfeldt Jacob ("malattia della mucca pazza")?		SI NO
1.7	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?		SI NO
1.8	E' vaccinato per l'epatite B?		SI NO
2 Stato di salute attuale			
2.1	E' attualmente in buona salute?		SI NO
2.2	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?		SI NO
2.3	Se no, quali malattie ha avuto e quando?		SI NO
2.4	Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?		SI NO
2.5	Ha attualmente manifestazioni allergiche?		SI NO
2.6	Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?		SI NO
2.7	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?		SI NO
2.8	Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?		SI NO
2.9	Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?		SI NO
2.10	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?		SI NO
3 Solo per le donatrici			
3.1	Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?		SI NO
3.2	E' attualmente in gravidanza?		SI NO
3.3	Ha partorito negli ultimi 6 mesi?		SI NO
3.4	Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?		SI NO

4	Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso		
4.1	Ha assunto o sta assumendo:		
	4.1.1	farmaci per prescrizione medica	SI NO
	4.1.2	farmaci per propria decisione	SI NO
	4.1.3	sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata?	SI NO
4.2	Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?		SI NO
4.3	E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?		SI NO
4.4	Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?		SI NO
4.5	Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?		SI NO
5	Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione		
5.1	Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili?		SI NO
5.2	Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?		SI NO
5.3	Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?		SI NO
5.4	Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?		SI NO
5.5	Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?		SI NO
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?		SI NO
5.7	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?		SI NO
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 ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	SI NO
	5.8.2	con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali	SI NO
	5.8.3	con un partner occasionale	SI NO
	5.8.4	con più partner sessuali	SI NO
	5.8.5	con soggetti tossicodipendenti	SI NO
	5.8.6	con scambio di denaro o droga	SI NO
	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?	SI NO
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?	SI NO
	5.9.2	E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es. colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia, ecc.)?	SI NO
	5.9.3	Si è sottoposto a:	
		a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili	SI NO
		b) agopuntura con dispositivi non monouso	SI NO
		c) tatuaggi	SI NO
		d) piercing o foratura delle orecchie	SI NO
		e) somministrazione di emocomponenti o medicinali plasma derivati?	SI NO
	5.9.4	Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	SI NO
	5.9.5	E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?	SI NO
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	E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i Paese/i.....		SI NO
6.2	I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?		SI NO
6.3	Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?		SI NO
6.4	E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?		SI NO
6.5	Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o comunque entro 6 mesi dal rientro?		SI NO
6.6	Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? Se sì dove?.....		SI NO

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE (All. II, parte C)

Il sottoscritto/a dichiara di

- aver preso visione del materiale informativo 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;
- 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.

Data _____ Firma del/della donatore/donatrice _____

Data _____ Firma del medico operatore sanitario che ha raccolto il consenso _____

Cognome, nome e qualifica del sanitario _____

7 Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di 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.

Data _____ Firma del donatore _____

Firma del sanitario _____

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE (All. II, parte F)

1. Parametri fisici del donatore

Età.....Peso (Kg).....Pressione arteriosa (mmHg) max.....min.....
Frequenza (batt/min)..... Emoglobina (g/dl).....
Eventuali altri parametri richiesti per specificare tipologie di donazione:
.....
.....

2. Valutazione clinica/anamnestica (vedi cartella sanitaria del donatore)

Valutazione delle condizioni di salute del donatore
.....
Note anamnestiche rilevanti/ricordo anamnestico
.....

3. Giudizio di idoneità (vedi cartella sanitaria del donatore)

Il donatore risulta

Idoneo a donare il seguente emocomponente:

Sangue intero, volume..... Plasma da aferesi, volume..... , volume.....

Escluso temporaneamente Motivo
Durata

Escluso definitivamente Motivo

Data _____ Firma del medico responsabile della selezione _____