Fonte: D.M. 02/11/2015 – G.U. N°300 del 28/12/2015

DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE

Cognome: ..... **Nome:** .....

Luogo di nascita: ..... **Data di nascita:** .....

Sesso: ☐ M ☐ F

Nazionalità: .....

Residente a: ..... Via: .....

Domicilio: .....

Telefono: .....

E-mail: .....

Altri recapiti: .....

Codice Fiscale: .....

Medico curante: .....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1. ***Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)***

1.1. È mai stato ricoverato in ospedale?..... ☐ SI ☐ NO

Se sì, perché?.....

1.2. È 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

1.2.11. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?..... ☐ 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?..... ☐ SI ☐ NO

Se sì, quando?.....

1.5. È 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 di Creutzfeldt Jakob ("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. È 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?.....

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 per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi? ☐ SI ☐ NO

3. **Solo per le donatrici**

3.1. È attualmente in gravidanza?..... ☐ SI ☐ NO

3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi?..... ☐ SI ☐ NO

3.3. 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. È 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. È 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 di medicinali plasmaderivati..... ☐ SI ☐ NO
5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? ☐ SI ☐ NO
5.9.5. È 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. È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? ..... ☐ SI ☐ NO
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?..... ☐ 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. È 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 entro 6 mesi dal rientro?.... ☐ SI ☐ NO
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)? ..... ☐ SI ☐ NO
Se sì, dove?.....

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 .....

Fonte: D.M. 02/11/2015 – G.U. N°300 del 28/12/2015

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE

1. Parametri fisici del donatore

Età: ..... Peso (Kg): ..... Pressione arteriosa: (mmHg) max: ..... min: .....

Frequenza (battiti/minuto): ..... Emoglobina (g/dL): .....

Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione: .....

.....

2. Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del donatore: .....

Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico: .....

3. Giudizio di idoneità

Il donatore risulta:

☐ Idoneo a donare il seguente emocomponente:

Tipo: _____ Volume: _____

☐ Escluso Temporaneamente Motivo: .....

Durata: .....

☐ Escluso Permanentemente Motivo: .....

Data.....

Firma dell'Infermiere responsabile del prelievo

.....

Firma del Medico responsabile della selezione

.....

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO E/O EMOCOMPONENTI

Il/la sottoscritto/a_____ Nato/a a:_____

Il _____ Codice fiscale:_____

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

.....

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome ..... Qualifica .....

Data ..... Firma .....

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a_____, nato/a a _____il _____

Residente in via (per l'invio dei referti e/o comunicazioni) _____

Città _____ CAP _____ Telefono _____

e-mail (per l'invio dei referti e/o comunicazioni)_____

Codice Fiscale _____ preso atto del contenuto dell'informativa (All. C Rev.1. del 14.12.2022), che dichiaro di aver letto integralmente e ben compreso:

1) esprime il consenso al trattamento dei dati personali, inclusi quelli "particolari" ed inerenti alla salute per le finalità correlate alla donazione di sangue ed emocomponenti, con le modalità e nei limiti che mi sono stati illustrati (vedi Informativa paragrafo 3.a).

   ☐ SI ☐ NO

2) esprime il consenso per la convocazione alla donazione, mediante chiamata telefonica o tramite invio di messaggio SMS, effettuata da personale all'uopo incaricato (vedi Informativa paragrafo 3.b).

   ☐ SI ☐ NO

3) esprime il consenso per l'esercizio dell'attività di raccolta, la conservazione dei dati clinici ai sensi di legge (per esempio: cartelle sanitarie e/o dati inseriti nel Sistema Gestionale Informatico) (vedi Informativa paragrafo 3.c).

   ☐ SI ☐ NO

4) esprime il consenso a che si dia pubblica conoscenza del mio nominativo, in occasione di cerimonie pubbliche ed altre iniziative, come ad esempio, la premiazione dei donatori benemeriti 3.d).

   ☐ SI ☐ NO

5) esprime il consenso alla pubblicazione sui social network (Facebook, Twitter, etc.) di immagini, filmati e informazioni relative all'Interessato e legate esclusivamente alle attività istituzionali dell'Associazione e/o per la per la realizzazione di materiale informativo, divulgativo e pubblicitario (anche attraverso riviste periodiche e/o sito web) - (vedi Informativa paragrafo 3.e).

   ☐ SI ☐ NO

6) esprime il consenso all'invio di comunicazioni e newsletter relativamente agli ambiti in cui l'Associazione opera (vedi Informativa paragrafo 3.f).

   ☐ SI ☐ NO

Data _____ Firma _____