ETICHETTA PRE-DONAZIONE	ETICHETTA CAI	ETICHETTA CMD

CENTRO FISSO ☐ URM ☐

☐ *Donazione*

☐ *Prima Donazione*

☐ *Pre Donazione*

☐ *NON SOCIO* ☐ *SOCIO* ☐ *NUOVO SOCIO* N° tessera:_____

Ultima donazione_____ *Data pre-donazione*_____

altri centri ☐

Dati anagrafici del donatore/aspirante

Cognome e Nome * :_____ ***Sesso*** * : ☐ M ☐ F

Cod.Fisc *. :_____ ***Data Nascita*** * :_____ ***Luogo*** *_____

Residente a *:_____ ***via / piazza*** *:_____ *n°*_____

C.a.p. * :_____ ***Località***_____ ***Provincia*** *. :_____ ***cellulare*** *:*_____

Titolo di studio_____ ***Professione***_____ ***stato civile***_____

Documento di identità *:* ***C.I.*** ☐ ***PAT.*** ☐ ***PASSAP.*** ☐ ***n°***_____

e-mail *(a stampatello)*_____

La preghiamo di rispondere in modo veritiero; il personale è a Sua disposizione se non Le fosse chiaro il senso di qualche domanda o per qualsiasi altra difficoltà.

NOTA INFORMATIVA: DONAZIONE SANGUE INTERO

La donazione di sangue intero consiste in un prelievo di 450 ml in circa 10 minuti.
Assieme alla donazione vengono eseguiti dei test di laboratorio per l'idoneità alla donazione e per la validazione dell'unità, comprensivi di test per la ricerca di epatiti B e C e dell'AIDS.
Possono venire eseguiti unicamente esami inerenti l'idoneità alla donazione.
Dopo la donazione, il donatore può accusare calo della pressione arteriosa, stanchezza, e in rari casi svenimenti; in caso di prelievo difficoltoso possono verificarsi ematomi, prelievo arterioso, interessamento di qualche terminazione nervosa. In caso di tali reazioni avverse contattare il servizio trasfusionale.

INFORMAZIONI AI DONATORI SULLE FINALITÁ DEL QUESTIONARIOANAMNESI E SULLE MALATTIE TRASMISSIBILI (EPATITI E AIDS)

Il Donatore deve essere consapevole che il sangue da lui donato è importante materiale per la cura dei pazienti ai quali verrà trasfuso e pertanto sottoscrivendo il consenso alla donazione si assume la responsabilità morale di garantire, per quanto gli compete, la sua sicurezza. In particolare deve comprendere che alcuni comportamenti lo espongono al rischio di infezioni trasmissibili col sangue tra le quali l'AIDS e le epatiti:

- rapporti omosessuali o eterosessuali con appartenenti a categorie a rischio (tossico-dipendenti, prostitute, o persone sconosciute);
- frequente cambio del partner sessuale;
- rapporti sessuali in cambio di danaro;
- rapporti sessuali con portatori di epatite o AIDS;
- uso di droghe per via endovenosa;
- imbrattamento con sangue altrui di mucose o cute non integra;

Il Donatore si deve rendere conto perciò che le informazioni sono più importanti di qualsiasi test di laboratorio in quanto, seppur remota, esiste la possibilità che le indagini siano incapaci in una fase precoce di rilevare l'avvenuta infezione. In definitiva se - in tutta coscienza - il Donatore riconosce di essere incorso in qualcuno dei comportamenti arischio, é invitato ad autoescludersi dalla donazione per almeno 4 mesi. In ogni caso, i medici dell'Avis sono disponibili per qualsiasi ulteriore chiarimento.

Questionario anamnestico

1. STATO DI SALUTE PREGRESSO (DA COMPILARE SEMPRE)		
1.1. E' mai stato ricoverato in ospedale? Quando e 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□
1.2.11. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	SI□	NO□
1.3. Ha mai avuto shock allergico? se SI quando?	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 di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza") ?	SI□	NO□
1.7. Le è mai stato indicato di NON poter donare sangue ? Perché?	SI□	NO□
1.8. E' vaccinato per l'epatite B ? obbligatoria per i nati a partire dal 1979 (L.165 del 27/05/1991)	SI□	NO□
2. STATO DI SALUTE ATTUALE (DA COMPILARE SEMPRE)		
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?_____		
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 ? perché? _____	SI□	NO□
2.7. Ha notato perdita di peso INGIUSTIFICATA 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 ? (es. sub, alpinismo,paracadutismo, VV.FF. ecc.)	SI□	NO□
3. SOLO PER LE DONATRICI		
3.1. E' 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 (DA COMPILARE SEMPRE)		
4.1. Ha assunto o sta assumendo:		
4.1.1. farmaci per prescrizione medica quali? Perché?	SI□	NO□
4.1.2. farmaci per propria decisione quali? Perché?	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 ? Se SI quando?_____	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 (DA COMPILARE SEMPRE)		
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 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, artroscopia, esofagogastroduodenoscopia ecc) ?	SI□	NO□
5.9.3. DALL'ULTIMA DONAZIONE E COMUNQUE NEGLI ULTIMI QUATTRO MESI 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.E'stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ?	SI□	NO□
6. SOGGIORNI ALL'ESTERO/PROVINCE ITALIANE (DA COMPILARE SEMPRE)		
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 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)? Se sì, dove?_____	SI□	NO□

Data _____ Firma del donatore _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" , La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazionedi 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. 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 del trattamento è "l'AVIS Comunale di Messina" nella persona del suo Legale Rappresentante.Il Responsabile del trattamento è il MPR dott. Carlo salvatore Spadaro.

acquisite le suddette informazioni: ☐ **acconsento** ☐ **non acconsento** al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data_____

Firma del/della donatore/donatrice

_____

NON SCRIVERE NELLA PARTE SOTTOSTANTE RISERVATA AL MEDICO

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE (CARTACEA E/O INFORMATICA)

1. Parametri fisici del donatore periodico

Età.....**Peso**(Kg). .....**Pressione** (mmHg) max.... ..... min.....**Frequenza** (batt/min). . . ..

Emoglobina (g/dL).....

2. Valutazione clinica/anamnestica

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

....

Giudizio di idoneità

Il donatore risulta: ☐ idoneo alla donazione ☐ Escluso Temporaneamente

Motivo..... Durata.....

Reazioni al prelievo

DONAZIONE ANNULLATA

motivo. . . . .

PARZIALE ☐ ml_____ TOTALE ☐

Firma del medico responsabile della selezione

.....

CODICE SACCA

☐ ☐☐☐☐☐☐☐

ERTIFICATO DI DONAZIONE: SI ☐ NO ☐

ESAMI ANNUALI

PSA ☐ **TIROIDE** ☐

URINE ☐