



Questionario Anamnestico e

Consenso

M 0706

Ed. 02 Rev. 00
del 18.04.2018

Pagina 1 di 5

U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. Giovanni Paolo II Sciacca (AG) ASP 1 AGRIGENTO
Direttore Dott. Pasquale Gallerano

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE

Io sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il: _____ Sesso M F

Nazionalità _____

residente in Via _____, n. _____ Città _____

domicilio _____

CAP: _____, recapiti telefonici: _____

e-mail (facoltativo) _____

Codice fiscale _____

Medico curante _____

Documento di riconoscimento _____

Associazione _____

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 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 servizio trasfusionale.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale ASP AG **Dr. Gervasio Venuti**

Il Responsabile del trattamento è il Direttore U.O.C. Medicina Trasfusionale **Dr. Pasquale Gallerano**

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

acconsento non acconsento

al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data _____ Firma del donatore _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome

Qualifica:.....

Data _____ Firma del sanitario _____

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

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

2. Stato di salute attuale

E' attualmente in buona salute?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha attualmente manifestazioni allergiche?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

3. Solo per le donatrici

E' attualmente in gravidanza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

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



Questionario Anamnestico e Consenso

M 0706

Ed. 02 Rev. 00
del 18.04.2018

Pagina 3 di 5

U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. Giovanni Paolo II Sciacca (AG) ASP 1 AGRIGENTO
Direttore Dott. Pasquale Gallerano

5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

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

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



CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE

1. Parametri fisici del donatore

Età _____ Peso (Kg) _____ Pressione arteriosa (mmHg) max _____ min _____

Frequenza (batt/min) _____ 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:

Sangue intero (450 ml)

Altri emocomponenti : Tipo.....

Volume.....

Escluso temporaneamente (vedi cartella)

Motivo

Durata

.

Escluso Permanentemente (vedi cartella)

Motivo.....

Data.....

Firma del Medico Responsabile della selezione

.....



Questionario Anamnestico e Consenso

M 0706

Ed. 02 Rev. 00
del 18.04.2018

Pagina 5 di 5

U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. Giovanni Paolo II Sciacca (AG) ASP 1 AGRIGENTO
Direttore Dott. Pasquale Gallerano

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

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;
- avere 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 avere 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 donatore** _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome _____ Qualifica _____

Data _____

Firma del sanitario _____