

Nominativo C.F.

Luogo / Data di nascita Sesso M F

Tel. Abitazione Cell.

Residente a Via

| | | |
|----|----|---|
| NO | SI | È attualmente in buona salute? |
| NO | SI | Ha sofferto o soffre di malattie allergiche, autoimmuni dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, osteoarticolare, tumori maligni, tubercolosi, diabete, convulsioni e/o svenimenti, attacchi epilettici, episodi febbrili o sindromi influenzali, malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive, ittero e/o epatite, malattie renali, ematologiche, reumatiche, tropicali? |
| NO | SI | Ha avuto gravidanza o interruzione di gravidanza? Quando? |
| NO | SI | È in gravidanza? |
| NO | SI | Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? |
| NO | SI | Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici? |
| NO | SI | Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? |
| NO | SI | Ha sofferto di febbri di natura ignota? |
| NO | SI | Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche? |
| NO | SI | È dedito all'alcool? |
| NO | SI | È stato recentemente vaccinato? Quale vaccino? Quando? |
| NO | SI | Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili? |
| NO | SI | Ha mai assunto sostanze stupefacenti? |
| NO | SI | Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive? |
| NO | SI | È mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS? |
| NO | SI | Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS? |
| NO | SI | Ha soggiornato nel Regno Unito per un periodo cumulativo di 6 mesi dal 1980 al 1996 |

| | | |
|----|----|---|
| NO | SI | In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? |
| NO | SI | Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? |
| NO | SI | Ha recentemente fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero? Dove? Quando? Per quanto tempo? |
| NO | SI | Le è mai stato indicato di non donare sangue? |
| NO | SI | È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o di cellule? Quando? |

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:

| | | |
|----|----|--|
| NO | SI | È stato sottoposto ad interventi chirurgici? Quale? Quando? |
| NO | SI | Ha effettuato indagini endoscopiche? |
| NO | SI | Ha effettuato procedure che comportino l'uso del catetere? |
| NO | SI | Ha effettuato cure odontoiatriche? |
| NO | SI | Si è sottoposto a tatuaggi? |
| NO | SI | Si è sottoposto a forature delle orecchie o di altra parte del corpo? |
| NO | SI | Si è sottoposto ad agopuntura? |
| NO | SI | È stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati? |
| NO | SI | Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? |
| NO | SI | È stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue? |
| NO | SI | Fa attività o hobby rischiosi? Da quante ore è digiuno? |

Data Firma Firma Medico

Modulo di accettazione e consenso alla donazione (Decreto Ministero della Sanità 26/01/2001)

Intervalli previsti fra una donazione e l'altra

Gli intervalli di donazione previsti per legge seguono lo schema seguente:

- 90 giorni da donazione di globuli rossi (SANGUE INTERO, ERITROPLASMAFERESI, ERITROPIASTRINOAFERESI, ERITROPLASMAPIASTRINOAFERESI) nel caso si stia donando globuli rossi;
- 30 giorni da donazione di globuli rossi (vedi sopra) o piastrine nel caso si stia donando plasma, plasma-piastrine o piastrine;
- 14 giorni da donazione di plasma nel caso si stia effettuando plasmaferesi.

MESSAGGIO INFORMATIVO PER IL DONATORE

Caro amico esistono malattie infettive come l'EPATITE e l'AIDS che possono essere trasmesse anche mediante la trasfusione di sangue. Alcune abitudini di vita espongono maggiormente al rischio di contrarre queste infezioni e quindi di trasmetterle; poiché i test di laboratorio non sono sempre in grado di identificare i soggetti infettati di recente, si rende necessario escludere dalla donazione (temporaneamente o definitivamente) le persone che possono essersi esposte a questi rischi.

Chi effettua una donazione di sangue compie un atto generoso di profondo significato filantropico, pertanto, **se ha solo il dubbio di poter creare danno al paziente, deve astenersi dalla donazione.**

Il colloquio con il medico, **vincolato dal più rigoroso segreto professionale e d'ufficio**, potrà aiutarLa a chiarire ed a valutare insieme possibili esposizioni a rischi.

Le ricordiamo inoltre che la donazione non comporta alcun rischio di contrarre queste infezioni, poiché ad ogni prelievo viene utilizzato materiale sterile che viene eliminato dopo l'uso.

A nome dei nostri Pazienti La ringraziamo per la sensibilità dimostrata e per l'aver compreso la grande importanza che hanno le raccomandazioni contenute in questo comunicato.

Consenso alla donazione e al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo sull'AIDS ed altre malattie infettive trasmissibili e di averne compreso compiutamente il significato, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato correttamente 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 del ricevente il sangue donato, di aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di prelievo proposta, di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso di non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta, di sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

Per le procedure aferetiche:

- il donatore viene collegato ad una macchina che effettua la separazione del sangue nei vari emocomponenti, attraverso circuiti monouso sterili; non esiste alcun contatto tra sangue e macchina.
- La procedura necessita di anticoagulare il sangue in trattamento con ACD, di cui una piccola parte viene reinfusa al donatore insieme ad una quota di soluzione fisiologica di compenso.
- La procedura può essere accompagnata raramente da sensazioni di freddo e/o tremori fugaci soprattutto alle labbra, dovute all'anticoagulante, di breve durata e facilmente dominabili dal medico.
- Raramente, per problemi tecnici, può succedere che non sia possibile reinfondere il sangue contenuto nella campana.

Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente (legge 675/96).

Data

Firma del donatore

Es. Obiett
.....

ECG
Rx Torace

P.A. (mmHg) /
Hb g/dl Peso Kg

Giudizio di idoneità (compilazione a cura del medico)

Idoneo alla donazione di Volume proposto per la donazione (ml)

Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi

Periodo di sospensione Prossimo controllo

Sospeso definitivamente per i seguenti motivi

Firma del medico responsabile della selezione