



Punto di raccolta

Associazione

Luogo e data di donazione

sexso: M F

Cognome

Nome

Nato a

Prov.

Data di nascita

Codice fiscale

Residente a

Via/Piazza

n° telefono

QUESTIONARIO

- | | | |
|--|----|----|
| 1) È attualmente in buona salute | SI | NO |
| 2) 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? | SI | NO |
| 3) Ha avuto gravidanza o interruzione di gravidanza? Quando? | SI | NO |
| 4) Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? | SI | NO |
| 5) È in gravidanza? | SI | NO |
| 6) Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici? | SI | NO |
| 7) Ha notato perdita ingiustificata di peso negli ultimi tempi? | SI | NO |
| 8) Ha sofferto di febbri di natura ignota? | SI | NO |
| 9) Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche? | SI | NO |
| 10) È dedico all'alcool? | SI | NO |
| 11) È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? | SI | NO |
| Quando? _____ Quale? _____ | | |
| 12) Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili? | SI | NO |
| 13) Ha mai assunto sostanze stupefacenti? | SI | NO |
| 14) Ha mai avuto comportamenti sessuali con un partner risultato positivo al test per l'epatite B e/o per l'AIDS? | SI | NO |
| 15) È mai risultato positivo al test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS? | SI | NO |
| 16) Ha mai avuto rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive? | SI | NO |
| 17) In famiglia vi sono casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatia spongiformi? | SI | NO |
| 18) Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? | SI | NO |
| 19) Ha recentemente fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero? | SI | NO |
| Dove? _____ Quando? _____ Per quanto tempo? _____ | | |
| 20) Le è mai stato indicato di non donare sangue? | SI | NO |
| 21) È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o di cellule? Quando? | SI | NO |

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi

- | | | |
|---|----|----|
| 22) È stato sottoposto ad interventi chirurgici? Quando? | SI | NO |
| Quale? | | |
| 23) Ha effettuato indagini endoscopiche? | SI | NO |
| 24) Ha effettuato procedure che comportino l'uso di catetere? | SI | NO |
| 25) Ha effettuato cure odontoiatriche? | SI | NO |

- 26) Si è sottoposto a tatuaggi? SI NO
- 27) Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo? SI NO
- 28) Si è sottoposto ad agopuntura? SI NO
- 29) è stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati? SI NO
- 30) Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati del sangue? SI NO
- 31) È stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue? SI NO
- 32) Ha attività o hobby rischiosi? SI NO
- 33) Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto? _____

PARTE B

Valutazione delle condizioni di salute del candidato donatore

Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico

PARTE C

Requisiti fisici per l'accettazione del candidato donatore:

Sangue intero		Emocomponenti	
Età: Peso (kg): _____	Età: _____	Peso (kg): _____	
Pressione arteriosa (mmHg) _____	Pressione arteriosa (mmHg) max _____ min _____	Freq. (batt/min): _____	
Max _____ min _____	Emoglobina (g/dl): _____	Ematocrito (%): _____	ALT: _____
Frequenza (batt/min): _____	Piastrine (/mmc): _____	Leucociti (/mmc): _____	
Emoglobina (g/dl): _____	Protidemia (g/dl): _____	Quadro elettroforetico: _____	
Ematocrito (%): _____	PT (%): _____	PTT (sec): _____	
ALT: _____	Volume complessivo emocomponenti raccolti (ml) _____		
	Hb post-donazione (g/dl) _____	Piastrine post-donazione (/mmc) _____	

Altri esami a giudizio del medico

ECG _____

Tx TORACE _____

Altro _____

PARTE D

Giudizio di idoneità

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

Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi _____

Periodo di sospensione _____ Prossimo controllo _____

Sospeso definitivamente per seguenti motivi _____

Timbro e Firma del MEDICO responsabile della selezione _____

PARTE E

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 alla donazione non svolgerà attività o hobby rischiosi. Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Data _____

Firma del Donatore _____

PARTE F

Esami obbligatori ad ogni donazione e controlli periodici

Esami obbligatori ad ogni donazione _____

Esami immunoematologici _____

Esami per il donatore periodici _____