



N° DONAZIONE

BARCODE

UdR: FISSA MOBILE

luogo donazione _____ data ____/____/____ donatore socio _____

Documento di Riconoscimento _____ n° _____ scade _____

COGNOME _____ NOME _____ sesso [M] [F]

nato/a il ____/____/____ a _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nazionalità _____ Residenza _____ via/piazza _____ n° _____ cap _____

Telefono abitazione _____ Cellulare _____ e-mail _____@_____

Telefono lavoro _____ Medico curante _____

Domicilio se diverso da residenza _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
relativi alla donazione di sangue/emocomponenti ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice), 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 comunicazioni inerenti 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 e all'ASL 5 Spezzino nell'ambito di specifica Convenzione approvata annualmente.

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 E/O EMOCOMPONENTI.

Il Titolare del trattamento ai sensi dell'art.28 del Codice è PRESIDENTE PRO TEMPORE AVIS COMUNALE LA SPEZIA

Il Responsabile del trattamento ai sensi dell'art.29 del Codice è RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

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

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

DONATORE	
Data	Firma del/la donatore/donatrice: 
MEDICO/OPERATORE SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO:	
Cognome e nome:	Qualifica:
Data	Firma Medico operatore sanitario: 

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1. Stato di salute pregresso (QUESTE DOMANDE POSSONO ESSERE OMESSE PER IL DONATORE PERIODICO)

1.1 È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?	SI	NO
1.2 È mai stato 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 e/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? Se sì, quando?	SI	NO
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 Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	SI	NO
1.7 Le è mai stato indicato di non poter donare il sangue?	SI	NO
1.8 È 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 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 o hobby che comportino rischio per la sua o per l'altrui salute?	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 del 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 4 mesi ha cambiato partner?	SI	NO
5.8	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):		
5.8.1	con partner risultato positivo ai tests per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	SI	NO
5.8.2	con partner con precedenti rapporti sessuali a rischio o di cui 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 è noto se sia o meno sieropositivo	SI	NO
5.9	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi :		
5.9.1	ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e/o C?	SI	NO
5.9.2	è stato sottoposto ad interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es.: colonscopia, gastroscopia, artroscopia, etc...)?	SI	NO
5.9.3	Si è sottoposto a:		
a)	somministrazione di sostanze per via intramuscolare e/o per via 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 con altri strumenti contaminati da 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? Se sì in quale/i paese/i	SI	NO
6.2	I suoi genitori sono nati in paesi dell'America Centrale, America del Sud o in Messico?	SI	NO
6.3	Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativi) nel Regno Unito nel periodo 1980-86?	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 una notte in paesi esteri/province italiane (malattia da West Nile Virus)? Se sì dove	SI	NO

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 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.

DONATORE	
Data	Firma del/la donatore/donatrice: 
MEDICO RESPONSABILE DELLA SELEZIONE:	
Timbro e Firma:	

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE cartacea e/o informatica

1. Parametri fisici del donatore

Età Peso(Kg) Altezza(cm) Pressione arteriosa (mmHg) max. min.
Frequenza(battiti/min.) Emoglobina(g/dl) Eventuali altri parametri richiesti per specifiche
tipologie di donazione:

2. Valutazione clinica/anamnestica

Condizioni di salute del donatore
Ultima donazione Data: Luogo:
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
- Esami richiesti:** CONTROLLO ANNUALE ALTRI SPECIFICARE.....

MEDICO RESPONSABILE DELLA SELEZIONE:

Timbro e Firma:



N° DONAZIONE

BARCODE

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE

di sangue intero, emocomponenti mediante aferesi, cellule staminali periferiche

Il/la sottoscritto/a nato/a il/...../.....

a (Pr) C.F. (COME INDICATO IN PRIMA PAGINA)

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.
- **Aver ritirato il promemoria Post Donazione** per eventuali comunicazioni inerenti **sia** il mio stato di salute nei 14 gg dopo la donazione **che** il mio stile di vita se non segnalate nella compilazione del questionario

Pertanto esprimo il mio consenso informato alla donazione propostami ed all'esecuzione sul proprio campione di sangue dei test prescritti di legge, inclusi i test per HIV ed altri test che si rendessero necessari per la sicurezza della donazione, del donatore e del ricevente.

DONATORE

Data Firma del/la donatore/donatrice: 

MEDICO/OPERATORE SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO:

Cognome e nome: Qualifica:

Data Timbro e Firma 