

MODULO DI ACCETTAZIONE E CONSENSO ALLA DONAZIONE

(da compilare a cura del donatore stesso prima della donazione)

QUESTIONARIO

Sig..... c.f..... tess n.....

Luogo e data di nascita..... Sesso M F

Residente a Via.....

Tel abitazione..... Tel. posto di lavoro.....

1. Ha sofferto delle comuni malattie dell'infanzia? NO SI Quali?.....

2. Ha sofferto o soffre di malattie allergiche, autoimmuni, dell'apparato respiratorio, gastro-intestinale, 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?

3. È attualmente in buona salute?.....NO SI

4. Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?.....NO SI

5. Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici?.....NO SI

6. È stato sottoposto recentemente a medicazioni?.....NO SI

7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?.....NO SI

8. Ha sofferto di febbri di natura ignota?.....NO SI

9. Ha notato ingrossamenti delle ghiandole linfatiche?.....NO SI

10. È dedito all'alcool?.....NO SI

11. È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?.....NO SI
Quale?..... Quando?.....

12. Ha letto e compreso l'informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?...NO SI

13. Ha mai assunto sostanze stupefacenti?.....NO SI

14. Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive e/o in cambio di denaro o di droga?.....NO SI

15. È mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?.....NO SI

16. Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?.....NO SI

17. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatia spongiforme?.....NO SI

18. È stato sottoposto a trapianto di cornea o di dura madre?.....NO SI

19. Ha ricevuto somministrazione di ormoni della crescita o di estratti ipofisari.....NO SI

20. Dove hai vissuto (negli ultimi tre anni)?.....NO SI

21. Ha fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero?.....NO SI
Dove?..... Quando?..... Per quanto tempo?.....

22. Le è mai stato detto in precedenza di non donare sangue?.....NO SI

23. È mai stato sottoposto a trapianto di tessuti o di cellule?.....NO SI

DALL'ULTIMA DONAZIONE O COMUNQUE DAGLI ULTIMI DODICI MESI:

24. È stato sottoposto ad interventi chirurgici?.....NO SI

Quale?..... Quando?.....

25. Ha effettuato indagini endoscopiche?.....NO SI

26. Ha effettuato terapie che comportano l'uso di catetere?.....NO SI

27. Ha effettuato cure odontoiatriche?.....NO SI

28. Si è sottoposto a tatuaggi?.....NO SI

29. Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo?.....NO SI

30. Si è sottoposto a agopuntura?.....NO SI

31. È stato sottoposto a trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di emoderivatiNO SI

32. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?.....NO SI

33. È stato accidentalmente sposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue?.....NO SI

34. Ha avuto gravidanze o interruzione di gravidanza?.....NO SI

35. È in gravidanza?.....NO SI

36. Ha attività o hobby rischiosi?.....NO SI

37. Da quante ore è a digiuno?.....NO SI

38. Ha avuto rapporti sessuali a rischio di malattie di trasmissione di malattie infettive?.....NO SI

Firma del candidato donatore.....

Firma del sanitario che ha effettuato l'intervista.....

Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico

.....

.....

CONSENSO ALLA DONAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo sull'AIDS e altre malattie infettive trasmissibili e di averne compreso compitamente il significato, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti sul 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 condizioni 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 dalle normative vigenti.

Firma del donatore

Data.....

.....