



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SIT Barletta UdR Trani UdR Bisceglie
Direttore: Dott. E. Peres

Rev. 1 del 27/01/2016

QUESTIONARIO CONSENSO

Codice Donatore preaccettazione

Codice Identificativo

DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE

Io sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il / / _____ Sesso M F

Codice fiscale

Nazionalità _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via _____ n _____ CAP _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Recapiti telefonici _____ - _____ - _____

e-mail (facoltativo) _____ Medico Curante _____

Associazione AVIS FIDAS FRATRES sezione di _____

Altra Associazione _____ *non* iscritto/a ad Associazione Donatori Sangue

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Gentile Donatrice, gentile Donatore

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196), 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 suo servizio trasfusionale.

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

Il Titolare del trattamento (art.28 D.Lgs 196/03) è il Direttore Generale ASL BAT Via Fornaci 201, 76123 Andria

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 al trattamento dei dati:

.....
cognome e nome _____ qualifica _____

Data _____ Firma sanitario _____



QUESTIONARIO ANAMNESTICO (D.Lgs. 2 Novembre 2015)

1. Stato di salute pregresso			
1.1.	E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?	NO	SI.....
1.2.	E' stato mai affetto da:		
1.2.1.	Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	NO	SI.....
1.2.2.	Malattie infettive, tropicali, tubercolosi	NO	SI.....
1.2.3.	Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari	NO	SI.....
1.2.4.	Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici	NO	SI.....
1.2.5.	Malattie respiratorie	NO	SI.....
1.2.6.	Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	NO	SI.....
1.2.7.	Malattie renali	NO	SI.....
1.2.8.	Malattie del sangue o della coagulazione	NO	SI.....
1.2.9.	Malattie neoplastiche (tumori)	NO	SI.....
1.2.10.	Diabete	NO	SI.....
1.2.11.	Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	NO	SI.....
1.3.	Ha mai avuto shock allergico?	NO	SI.....
1.4.	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? quando?	NO	SI.....
1.5.	E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o cellule?	NO	SI.....
1.6.	In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	NO	SI.....
1.7.	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?	NO	SI.....
1.8.	E' vaccinato per l'epatite B?	NO	SI.....
2. Stato di salute attuale			
2.1.	E' attualmente in buona salute?	NO	SI.....
2.2.	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	NO	SI.....
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)?	NO	SI.....
2.5.	Ha attualmente manifestazioni allergiche ?	NO	SI.....
2.6.	Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo ?	NO	SI.....
2.7.	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi ?	NO	SI.....
2.8.	Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	NO	SI.....
2.9.	Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre) ?	NO	SI.....
2.10.	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi ?	NO	SI.....
3. Solo per le donatrici			
3.1.	E' attualmente in gravidanza?	NO	SI.....
3.2.	Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	NO	SI.....
3.3.	Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?	NO	SI.....
4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso			
4.1.	Ha assunto o sta assumendo:		
4.1.1.	Farmaci per prescrizione medica	NO	SI.....
4.1.2.	Farmaci per propria decisione	NO	SI.....
4.1.3.	Sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata	NO	SI.....
4.2.	Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari ?	NO	SI.....
4.3.	E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni ?	NO	SI.....
4.4.	Ha abusato o abusa di bevande alcoliche ?	NO	SI.....
4.5.	Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti ?	NO	SI.....
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.	NO	SI.....
5.2.	Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?	NO	SI.....



5.3.	Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo ?	NO	SI
5.4.	Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo ?	NO	SI
5.5.	Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo ?	NO	SI
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 ?	NO	SI
5.7.	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner ?	NO	SI
5.8.	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):	NO	SI
5.8.1.	Con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	NO	SI
5.8.2.	Con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali	NO	SI
5.8.3.	Con un partner occasionale	NO	SI
5.8.4.	Con più partner sessuali	NO	SI
5.8.5.	Con soggetti tossicodipendenti	NO	SI
5.8.6.	Con scambio di denaro o droga	NO	SI
5.8.7.	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 ?	NO	SI
5.9.	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:		
5.9.1.	ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?	NO	SI
5.9.2.	E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodeno-scopia, artroscopia ecc) ?	NO	SI
5.9.3.	Si è sottoposto a:		
	a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili	NO	SI
	b) agopuntura con dispositivi non monouso	NO	SI
	c) tatuaggi	NO	SI
	d) piercing o foratura delle orecchie	NO	SI
	e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati	NO	SI
5.9.4.	Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	NO	SI
5.9.5.	E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ?	NO	SI

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

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 _____



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SIT Barletta UdR Trani UdR Bisceglie
Direttore: Dott. E. Peres

Rev. 1 del 27/01/2016

QUESTIONARIO CONSENSO

**CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO,
EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

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;

Data _____ Firma donatore _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

.....
cognome e nome

.....
qualifica

Data _____ Firma sanitario _____

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE (a cura del Dirigente Medico)

1. Parametri fisici del donatore

Età Peso (Kg) Pressione arteriosa (mmHg) /
Frequenza (batt/min) Hgb g/dL Hct%
Piastrine x10e3/ µL WBC x10e3/µL

2. Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del donatore

Note anamnestiche rilevanti/ricordo anamnestico

3. Giudizio di idoneità:

a) Il donatore è **IDONEO** alla donazione di:

Sangue Intero Plasma-Rossi Rossi-Piastrine Plasma-Piastrine Plasma

Volume GR mL: _____
Resa PLTx10e11: _____
Volume Plasma mL: _____

b) Escluso Temporaneamente per durata

c) Escluso Permanentemente per

Data: Firma del Medico responsabile della selezione