

Codice Donatore

Codice Unità

**DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso  M  F

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Altri recapiti \_\_\_\_\_ Medico Curante \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Associazione  AVIS  FIDAS  FRATRES Sezione \_\_\_\_\_

Altra Associazione \_\_\_\_\_  Non iscritto

**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 è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Bari ai sensi dell'art. 28 D.Lgs 30/6/83 n. 196

Il Responsabile del trattamento è il Direttore dell'Unità Operativa di Medicina Trasfusionale ai sensi dell'art. 28 D.Lgs 30/6/83 n. 196

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Donatore \_\_\_\_\_

*Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:*

\_\_\_\_\_

cognome e nome qualifica

Data \_\_\_\_\_ Firma del Sanitario \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO** (ai sensi del Decreto 2 novembre 2015)

<b>1. Stato di salute pregresso</b> (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 stato mai affetto da:		
1.2.1.	malattie autoimmuni, reumatiche,	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, onvulsioni, 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 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 malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	SI	NO
1.7.	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?	SI	NO
1.8.	È vaccinato per l'epatite B?	SI	NO
<b>2. Stato di salute attuale</b>			
2.1.	È attualmente in buona salute?	SI	NO
2.2.	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	SI	NO
2.3.	Se no, quali malattie ha avuto e quando? _____	SI	NO
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 che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?	SI	NO
<b>3. Solo per le donatrici</b>			
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
<b>4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso</b>			
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
<b>5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione</b>			
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 dei 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 quattro mesi ha cambiato partner?	SI	NO
5.8.	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):		
5.8.1.	con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	SI	NO
5.8.2.	con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale 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 non è noto se sia o meno sieropositivo?	SI	NO
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?	SI	NO
5.9.2.	È stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia, ecc.)?	SI	NO
5.9.3.	Si è sottoposto a:		
	a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o 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 altri strumenti contaminati dal 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, dell'America del sud o in Messico?	SI	NO
6.3.	Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?	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 per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? Se sì, dove? _____	SI	NO

#### **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 \_\_\_\_\_

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

Il/la sottoscritto/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 del Donatore** \_\_\_\_\_

*Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:*

\_\_\_\_\_ cognome e nome qualifica

Data \_\_\_\_\_ **Firma del Sanitario** \_\_\_\_\_

**Riservato al Servizio Trasfusionale**

**CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE**

**Parametri fisici del donatore**

Età \_\_\_\_\_ Peso(Kg.) \_\_\_\_\_ Pressione arteriosa (mmHg) max \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_

Frequenza (batt/min) \_\_\_\_\_ Emoglobina(g/dL) \_\_\_\_\_

Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione \_\_\_\_\_

**Valutazione clinica/anamnestica**

Valutazione delle condizioni di salute del donatore \_\_\_\_\_

Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico \_\_\_\_\_

**Giudizio di idoneità**

Il donatore risulta:  idoneo a donare il/i seguente/i emocomponente/i

Tipo \_\_\_\_\_

Volume \_\_\_\_\_

**Escluso Temporaneamente** Motivo \_\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

**Escluso Permanentemente** Motivo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile della selezione \_\_\_\_\_