

Sig./ra	Sesso	M	F
Luogo e data di nascita			
Residente a.....		Via.....	
Tel.		C.F. Tess. Sanitaria	

1. NO SI E' attualmente in buona salute?
 2. NO SI 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?
 3. NO SI Ha avuto gravidanza o interruzione di gravidanza? Quando?
 4. NO SI E' in gravidanza?
 5. NO SI Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?
 6. NO SI Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici?
 7. NO SI Ha notato perdita ingiustificata di peso negli ultimi tempi?
 8. NO SI Ha sofferto di febbri di natura ignota?
 9. NO SI Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?
 10. NO SI E' dedito all'alcool?
 11. NO SI E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? Quale? Quando?
 12. NO SI Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?
 13. NO SI Ha mai assunto sostanze stupefacenti?.....
 14. NO SI Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive?.....
 15. NO SI E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?
 16. NO SI Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS?.....
 17. NO SI In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?
 18. NO SI Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?
 19. NO SI Ha recentemente fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero? Dove?..... Quando? Per quanto tempo?.....
 20. NO SI Le è mai stato indicato di non donare sangue?
 21. NO SI E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o di cellule? Quando?
- Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro (4) mesi:**
22. NO SI E' stato sottoposto a interventi chirurgici?.....Quale?.....Quando?.....
 23. NO SI Ha effettuato indagini endoscopiche?.....
 24. NO SI Ha effettuato procedure che comportino l'uso di catetere?.....
 25. NO SI Ha effettuato cure odontoiatriche?.....
 26. NO SI Si è sottoposto a tatuaggi?.....
 27. NO SI Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo?.....
 28. NO SI Si è sottoposto ad agopuntura?.....
 29. NO SI E' stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?.....
 30. NO SI Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?.....
 31. NO SI E' stato accidentalmente esposto a una contaminazione delle mucose con il sangue?.....
 32. NO SI Ha attività o hobby rischiosi?.....
- Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto?

CONSENSO ALL'EVENTUALE UTILIZZO DI CAMPIONI DI SANGUE AD USO RICERCA:

AUTORIZZO NON AUTORIZZO l'eventuale utilizzo di campioni di sangue ad uso ricerca

CONSENSO ALL'EVENTUALE INVIO E CONSERVAZIONE DI UNITA' DI GRUPPO RARO E/O DI CAMPIONI ALLA BANCA DI EMOCOMPONENTI DI GRUPPI RARI:

AUTORIZZO NON AUTORIZZO l'eventuale lavorazione e conservazione allo stato congelato dell'unità di sangue donata fino al momento dell'utilizzo a scopo trasfusionale allogeneico e in caso di mancato utilizzo fino alla scadenza (10 anni) e l'eventuale invio di campioni di sangue e la loro conservazione secondo la normativa vigente.

Firma del candidato donatore.....

Firma del sanitario che ha effettuato l'intervista.....
(se diverso da chi effettua la selezione)

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 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 sottoposto 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**

ESAMI OBBLIGATORI AD OGNI DONAZIONE E CONTROLLI PERIODICI COME PREVISTI DAL D.M. 03.03.05

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE SANITARIO

Età **Peso Kg.**..... **Emoglobina**
g/dL.....

Frequenza cardiaca batt/min..... **Pressione arteriosa mmHg**
.....

Note anamnestiche rilevanti/racordo anamnestico

Valutazione delle condizioni di salute del candidato donatore

Altri esami a giudizio del medico

GIUDIZIO D'IDONEITA':

IDONEO alla donazione di sangue intero (450mL±10%)

SI

NO

SOSPESO TEMPORANEAMENTE/DEFINITIVAMENTE per.....
.....
.....

Periodo di sospensione.....

Firma del medico responsabile della selezione
.....

APPLICARE L'ETICHETTA

Prelievo eseguito da