

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data nascita _____

Residente a _____ CAP _____ Via _____

C.F. _____ Lavoratore autonomo _____

Tel. _____ e-mail _____

Cambio indirizzo si _____**QUESTIONARIO PER L'AMMISSIONE ALLA DONAZIONE**

La preghiamo di rispondere in modo veritiero; il personale è a Sua disposizione se non Le fosse chiaro il senso di qualche domanda e per qualsiasi altra difficoltà.

Tutte le informazioni da Lei fornite sono tutelate dal segreto professionale e dalle leggi sulla privacy secondo i criteri esposti dalla nota "Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla donazione di sangue" a pagina 6 del presente questionario di cui è parte integrante

DONAZIONE DI SANGUE INTERO

La donazione di sangue intero consiste in un prelievo di 450 ml in circa 10 minuti.

Assieme alla donazione vengono eseguiti dei test di laboratorio per l'idoneità alla donazione e per la validazione dell'unità, comprensivi di test per la ricerca di epatiti B e C e dell'AIDS e sifilide.

Possono venire eseguiti unicamente esami inerenti l'idoneità alla donazione.

Durante o dopo la donazione, il donatore può accusare cali della pressione arteriosa, stanchezza, e in rari casi svenimenti; si possono verificare reazioni avverse quali prelievo difficoltoso, ematomi, prelievo arterioso, interessamento di qualche terminazione nervosa. In caso di tali reazioni avverse contattare il servizio trasfusionale.

DONAZIONE IN AFERESI

La donazione in aferesi viene eseguita tramite procedura extracorporea automatizzata.

La donazione multicomponent è un tipo di donazione in aferesi.

Gli emocomponenti non implicati nella donazione vengono restituiti al donatore.

La donazione avviene con circuiti monouso.

La procedura impiega un tempo superiore alla donazione di sangue intero; in particolare una donazione di plasma dura, di media, circa 40 minuti nella donna, 50 nell'uomo; una donazione multicomponent plasma-piastrine circa 45 minuti; una donazione multicomponent di emazie-plasma circa 20 minuti; una donazione di piastrine circa 1 ora.

Durante una donazione in aferesi si possono verificare gli stessi inconvenienti della donazione di sangue intero e con le stesse probabilità, tranne che per la possibile insorgenza di sintomi soggettivi determinati dall'anticoagulazione consistenti in transitori formicolii alle labbra o alle estremità. **La donazione di plasma è particolarmente consigliata alle donne in età fertile, ai donatori con carenza di ferro, ai donatori di gruppo B, AB, Kell positivo.**

INFORMAZIONI AI DONATORI SULLE FINALITÀ DEL QUESTIONARIO – ANAMNESI E SULLE MALATTIE TRASMISSIBILI (EPATITI E AIDS)

Le Donatrici ed i Donatori devono essere consapevoli che il sangue donato è un importante presidio terapeutico per la cura dei pazienti ai quali verrà trasfuso e pertanto sottoscrivendo il consenso alla donazione si assumono la responsabilità morale di garantire, per quanto di loro competenza, la sua sicurezza.

In particolare devono comprendere che alcuni comportamenti li espongono al rischio di infezioni trasmissibili col sangue tra le quali l'AIDS, sifilide e le epatiti:

- Rapporti omosessuali o eterosessuali con appartenenti a categorie a rischio (tossico-dipendenti, prostitute, o persone sconosciute);
- Rapporti sessuali con portatori di epatite o AIDS;
- Rapporti sessuali in cambio di danaro;
- Rapporti sessuali con portatori di epatite o AIDS;
- Frequente cambio del partner sessuale anche se protetti;
- Uso di droghe per via endovenosa;
- Imbrattamento con sangue altrui di mucose o cute non integra.

Il Donatore si deve rendere conto perciò che le informazioni sono più importanti di qualsiasi test di laboratorio in quanto, seppur remota, esiste la possibilità che le indagini non siano in grado in una fase precoce di rilevare l'avvenuta infezione.

In definitiva se - in tutta coscienza - il Donatore riconosce di essere incorso in qualcuno dei comportamenti a rischio, è invitato ad autoescludersi dalla donazione per almeno 4 mesi. In ogni caso, i medici del Servizio Trasfusionale sono disponibili per qualsiasi ulteriore chiarimento.

1) STATO DI SALUTE PREGRESSO (DA COMPILARE ALLA PRIMA DONAZIONE E SE NON HA DONATO NEGLI ULTIMI 2 ANNI)	SI	NO	NOTE
1.1. È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? _____			
1.2. È stato mai affetto da:			
1.2.1. malattie autoimmuni, reumatologiche, osteoarticolari			
1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi			
1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari			
1.2.4. malattie neurologiche svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici			
1.2.5. malattie respiratorie			
1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero			
1.2.7. malattie renali			
1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione			
1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)			
1.2.10. diabete, malattie del metabolismo			
1.2.11. ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?			
1.3. Ha mai avuto shock allergico?			
1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di emoderivati? Se sì, quando? _____			
1.5. È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?			
1.6. In famiglia vi sono stati casi di Creutzfeld Jacob? (malattia della mucca pazza)			
1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?			
1.8. È vaccinato per l'epatite B?			
1.9. Ha mai sofferto della sindrome della stanchezza cronica (CFS)?			

2) STATO DI SALUTE ATTUALE (DA COMPILARE SEMPRE)	SI	NO	NOTE
2.1. È attualmente in buona salute?			
2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?			
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, herpes, morsi di zecche)?			
2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche?			

	SI	NO	NOTE
2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?			
2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?			
2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?			
2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto a contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre) ?			
2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o altrui salute o pratica hobby pericolosi?			

3) SOLO PER LE DONATRICI (DA COMPILARE SEMPRE)	SI	NO	NOTE
3.1. È attualmente in gravidanza?			
3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi ?			
3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?			

4) FARMACI, VACCINI, SOSTANZE DI ABUSO (DA COMPILARE SEMPRE)	SI	NO	NOTE
4.1. Ha assunto o sta assumendo:			
4.1.1. farmaci per prescrizione medica			
4.1.2. farmaci per propria decisione			
4.1.3. sostanze/ integratori/ principi attivi per attività sportiva e altri prodotti acquistati via internet o al di fuori della distribuzione autorizzata?			
4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?			
4.3. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?			
4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?			
4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?			

5) ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE (DA COMPILARE SEMPRE)	SI	NO	NOTE
5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?			
5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?			
5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?			
5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?			
5.5. Ha o ha avuto l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?			
5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?			
5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi ha cambiato partner?			
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 test epatite B e/o C e/o per l'AIDS			
5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali			
5.8.3. con un partner occasionale			
5.8.4. con più partner sessuali			

	SI	NO	NOTE
5.8.5. con soggetti tossicodipendenti			
5.8.6. con scambio di denaro o droga			
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?			
5.9. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi			
5.9.1. Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori di epatite B e dell'epatite C?			
5.9.2. È stato sottoposto a: interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es colonscopia, esofago-gastro-duodenoscopia, artroscopia ecc.)?			
5.9.3. Si è sottoposto a:			
5.9.3.1. somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovena con siringhe/dispositivi non sterili			
5.9.3.2. agopuntura con dispositivi non monouso			
5.9.3.3. tatuaggi			
5.9.3.4. piercing o foratura delle orecchie			
5.9.3.5. somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati			
5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o con altri strumenti contaminati dal sangue?			
5.9.5. È stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?			
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 (DA COMPILARE SEMPRE)	SI	NO	NOTE
6.1. È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i paese/i? _____			
6.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America Centrale, dell'America del sud o in Messico?			
6.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo dal 1980-1996?			
6.4. È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?			
6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante il viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro? _____			
6.6. Negli ultimi 28 gg ha soggiornato anche per una sola notte in Paesi esteri o in altre province italiane (malattia da West Nile Virus). Se sì, dove _____			
6.7. Ha fatto viaggi negli ultimi 12 (DODICI) mesi? Se sì, in quale paese _____			

GIUDIZIO DI IDONEITÀ

Il donatore risulta:		
<input type="checkbox"/> Idoneo a donare		
<input type="checkbox"/> Sospeso temporaneamente	<i>Motivo</i>	
	<i>Durata</i>	
<input type="checkbox"/> Sospeso definitivamente	<i>Motivo</i>	

Data _____

Firma del medico selezionatore

Firma del donatore per presa visione (solo in caso di sospensione).....

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati (disponibile sul sito dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale), La informiamo che i suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge, inclusi i test per l'HIV, o per altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e che sarà informato 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 dai 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 l'adozione delle misure di sicurezza previste per 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, nonché ad altri Servizi Trasfusionali, nell'ambito della trasmissione e condivisione del segreto professionale, limitatamente agli elementi e alle operazioni indispensabili a svolgere l'attività di Medicina Trasfusionale, alle Organizzazioni di volontariato cui Lei è iscritto per i fini previsti dalle norme statutarie e dalle convenzioni col Sistema Sanitario Nazionale, limitatamente ai dati anagrafici, all'avvenuta donazione e al giudizio di idoneità/non idoneità, con l'esclusione del motivo e di ogni altro dato sensibile riguardante la Sua salute.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente (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.

Contitolari del trattamento sono l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina e l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale nella persona del loro legale rappresentante.

Il Responsabile del trattamento è il Direttore del Dipartimento di Medicina Trasfusionale in intestazione.

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

E' possibile poter chiedere, entro un tempo massimo di 24 ore, di eliminare l'unità donata, senza dover fornire spiegazioni e nel rispetto della tutela della privacy semplicemente comunicandolo alla segreteria telefonica che risponde al numero 0432/921554 oppure allo 0434/841237, adibito appositamente a questo scopo, dichiarando i dati anagrafici, data e luogo della donazione.

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di:

- di aver letto e compreso l'informativa al trattamento dei dati relativi alla donazione di sangue e di

acconsentire non acconsentire
al trattamento dei dati personali e sensibili

- aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti (in particolare all'1 DM 8.3.18 riguardante il rischio infezione HIV), di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive con particolare riguardo all'AIDS e alle epatiti B e C;
- aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato 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;
- impegnarmi ad informare, nel più breve tempo possibile, sull'insorgenza di qualsiasi malessere (per esempio: febbre, tosse, influenza, vomito, diarrea ecc.) insorto dopo la donazione;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottopormi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerò attività o hobby rischiosi.
- essere a conoscenza che per la donazione di plasma in aferesi i volumi minimi devono essere almeno di 600 cc al netto dell'anticoagulante, mentre per la plasma-piastrinoaferesi la quantità di plasma deve essere di almeno 450 cc.
- di essere a conoscenza che alle donne di peso inferiore ai 58 kg, in caso di donazione di plasma/plasma-piastrinoaferesi, verranno re-infusi cc 250 di soluzione fisiologica, al fine di mantenere la stabilità del volume sanguigno.

Data.....

Firma del donatore.....

Firma dell'operatore che ha raccolto il consenso.....