

	<p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale della Provincia di Vicenza</p> <p>Direttore DIMT: Dott.ssa Carla Giordano</p> <p>Direttore SIT Ulss 6 - Dott.ssa A. Alghisi Direttore SIT Ulss 5 - Dott. M. La Raja Direttore SIT Ulss 4 - Dott. C. Sardella Direttore SIT Ulss 3 - Dott.ssa C. Giordano</p>	 
---	--	--

MO DIMT 02 Questionario anamnestico

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER DONATORI PERIODICI E CANDIDATI DONATORI

I donatori devono essere persone sane, di peso superiore ai 50 kg, di età compresa tra i 18 e i 65 anni

Cognome _____ Nome _____ nato il _____ a _____ sesso M F

Residente a _____ in via _____ n° _____

Domicilio se diverso dalla residenza via _____ n° _____ Comune _____

Tel. abitazione _____ cell. _____ e-mail _____

- E' attualmente in buona salute? _____ Si No
- Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi o ingrossamento delle ghiandole linfatiche? _____ Si No

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi:

- Ha accusato disturbi durante o dopo l'ultima donazione? _____ Si No
- Ha mai avuto bisogno di consultare il suo medico curante? Per quale motivo? _____ Si No
- Ha fatto esami del sangue, ecografie, radiografie? Per quale motivo? _____ Si No
- Ha avuto ricoveri, anche giornalieri o accessi in Pronto Soccorso? _____ Si No
- E' stato sottoposto a interventi chirurgici? Quale? _____ Quando? _____ Si No
- Ha effettuato indagini endoscopiche o procedure che comportino l'uso del catetere? _____ Si No
- Si è sottoposto a vaccinazioni? Quali? _____ Quando? _____ Si No
- Ha effettuato cure dal dentista? Quali? _____ Quando? _____ Si No
- E' affetto da miopia o altre malattie dell'occhio (glaucoma, distacco di retina, maculopatia ...)? _____ Si No
- Si è sottoposto a tatuaggi, agopuntura, foratura delle orecchie o altre parti del corpo? _____ Si No
- E' stato sottoposto a trasfusione di sangue, emocomponenti o a somministrazione di emoderivati? _____ Si No
- E' mai stato sottoposto a trapianti di organi, tessuti o di cellule? Quando? _____ Si No
- Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati di sangue? _____ Si No
- E' stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue? _____ Si No
- Ha attività o hobby rischiosi? _____ Si No
- Ha fatto viaggi all'estero negli ultimi 6 mesi? Dove? _____ Si No
- In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? _____ Si No
- **Ha assunto** farmaci (per l'ipertensione, antibiotici negli ultimi 15 giorni, aspirina o antinfiammatori negli ultimi 7 giorni,)? Se si, quali? _____ Si No
- **Ha assunto** sostanze stupefacenti, ormoni della crescita o estratti ipofisari? _____ Si No

- Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili? _____ Si No
- Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive e/o in cambio di denaro o droga? _____ Si No
- E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o l'AIDS? _____ Si No
- Ha mai avuto rapporti sessuali con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o l'AIDS? _____ Si No

	<p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale della Provincia di Vicenza</p>	
	<p>Direttore SIT Ulss 6 - Dott.ssa A. Alghisi Direttore SIT Ulss 5 - Dott. M. La Raja Direttore SIT Ulss 4 - Dott. C. Sardella Direttore SIT Ulss 3 - Dott.ssa C. Giordano</p>	

MO DIMT 02 Questionario anamnestico

Per le donne:

- Ha avuto gravidanze o interruzione di gravidanza? Quando? _____ Sì No
- E' in gravidanza? _____ Sì No E' in menopausa? _____ Sì No

Questionario anamnestico aggiuntivo per candidati donatori e donatori che non donano da piu' di 1 anno:

- Le è mai stato indicato di non donare sangue? _____ Sì No
- Ha sofferto o soffre di malattie allergiche, autoimmuni, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, osteoarticolare, tumori maligni, tubercolosi, diabete, convulsioni, attacchi epilettici, episodi febbrili o sindromi influenzali, malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive, ittero e/o epatite, malattie renali,ematologiche, emorragiche, reumatiche, tropicali? _____ Sì No
- Ha mai subito trauma cranici? E' mai svenuto durante o dopo un prelievo di sangue? _____ Sì No
- E' stato sottoposto a trapianto di cornea o di dura madre ? _____ Sì No
- Ha sofferto di febbri di natura ignota? _____ Sì No
- Beve vino o superalcolici? Quanto al giorno? _____ Sì No
- Ha mai assunto sostanze stupefacenti ? _____ Sì No
- Ha soggiornato in Gran Bretagna dal 1980 al 1996? Per quanto tempo? _____ Sì No
- Ha mai ricevuto trasfusioni alle gambe nel Regno Unito dopo il 1980? _____ Sì No
- Dove ha vissuto negli ultimi tre anni ? _____

CONSENSO ALLA DONAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara:

- di **aver visionato** il materiale informativo sull'AIDS ed altre malattie infettive trasmissibili e di **averne compreso** compiutamente il significato,
- di **aver risposto** in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario del donatore periodico e/o del candidato donatore, 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 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,
- di **comunicare tempestivamente** alla struttura trasfusionale eventuali malattie insorte subito dopo la donazione, con particolare riferimento all'epatite virale, in ogni sua forma,
- che **non svolgerà** attività o hobby rischiosi nelle 24 ore successive alla donazione,
- di **essere a conoscenza** che è possibile richiedere al personale medico della struttura trasfusionale (tramite una **procedura riservata di autoesclusione** e possibilmente nel corso dell'iter donazionale), di non utilizzare la propria donazione a scopo trasfusionale.

Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale:

- al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente,
- alla comunicazione dei propri dati anagrafici e dello "stato donatore" all'Associazione Donatori a cui eventualmente risulta iscritto.

Data _____

Firma del donatore _____

GIUDIZIO DI IDONEITA' RISERVATO AL MEDICO

Idoneo alla donazione di _____ Vol. proposto (ml) _____	Firma del medico
<input type="checkbox"/> Sosp. temporaneamente/definitivamente per _____ _____	