

Sig c.f. Sesso M F

Luogo e data di nascita residente a

Via n. tel. abitazione cell.

CAP E-mail Università

Lavoro Gruppo Aziendale Luogo di raccolta

PARTE A
QUESTIONARIO

1) È attualmente in buona salute?

2) 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) Ha avuto gravidanza o interruzione di gravidanza?

Quando?

4) È in gravidanza?

5) Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?

6) Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici?

7) Ha notato perdita ingiustificata di peso negli ultimi tempi?

8) Ha sofferto di febbri di natura ignota?

9) Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?

10) È dedito all'alcool?

11) È stato recentemente sottoposto a vaccinazione?

Quale? Quando?

12) Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?

13) Hai mai assunto sostanze stupefacenti?

14) Hai mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive?

15) È mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?

16) Hai mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS?

17) In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?

18) Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?

19) Ha recentemente fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero?

Dove? Quando?

20) Le è mai stato indicato di non donare sangue?

21) È mai stato sottoposto a trapianti di organi, tessuti o di cellule?

Quando?

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:

22) È stato sottoposto ad interventi chirurgici?

Quale?

Quando?

23) Ha effettuato indagini endoscopiche?

24) Ha effettuato procedure che comportino l'uso di catetere?

25) Ha effettuato cure odontoiatriche?

26) Si è sottoposto a tatuaggi?

27) Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo?

28) Si è sottoposto ad agopuntura?

29) È stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?

30) Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?

31) È stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue?

32) Ha attività o hobby rischiosi?

33) Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto?

Data

Firma del donatore

Firma del sanitario che ha effettuato l'intervista

SOCIO

NUOVO SOCIO

ULTIMA DONAZIONE

PARTE B
VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI SALUTE
DEL CANDIDATO DONATORE

.....
.....
NOTE ANAMNESTICHE RILEVANTI/RACCORDO
ANAMNESTICO
.....
.....

PARTE C
REQUISITI FISICI PER L'ACCETTAZIONE DEL
CANDIDATO DONATORE

Sangue intero

Età Peso (Kg.) Pressione arteriosa (mmHg)

Max Min Frequenza (batt/min)

Emoglobina (gr/dl) Ematocrito(%)

Emocomponenti

Età Peso (Kg.) Pressione arteriosa (mmHg)

Max Min Frequenza (batt/min)

Emoglobina (gr/dl) Ematocrito(%)

Protidemia (gr%) Quadro elettroforetico

Piastrine (/mmc) PT (%)

PTT (sec) Leucociti (/mmc)

Volume complessivo emocomponenti raccolti (ml)

Hb post-donazione (g/dl)

Piastrine post-donazione (/mmc)

Altri esami a giudizio del medico

Ecg

Rx Torace

Altro

PARTE D
GIUDIZIO DI IDONIETÀ

Idoneo alla donazione di

Volume proposto per la donazione (ml)

Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi

Periodo di sospensione

Prossimo controllo

Sospeso definitivamente per i seguenti motivi

Firma del medico responsabile della selezione
.....

PARTE E
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 avere 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 avere 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 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
.....

PARTE F
ESAMI OBBLIGATORI AD OGNI DONAZIONE
E CONTROLLI PERIODICI

Esami obbligatori ad ogni donazione

Esami immunoematologici

Esami per il donatore periodico