



## **Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**

Sig. ....  
nato a ..... il .....  
Sesso M F Residente a .....  
Via .....  
Tel. Abitazione ..... Tel. Ufficio .....  
Codice .....

Ha sofferto delle comuni malattie dell'infanzia?  SI  NO Quali? .....

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? Quali? \_\_\_\_\_

SI  NO

È attualmente in buona salute? \_\_\_\_\_

SI  NO

Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? \_\_\_\_\_

SI  NO

È stato sottoposto recentemente a medicazioni?  SI  NO Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?

SI  NO

Ha sofferto di febbri di natura ignota?  SI  NO Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?

SI  NO

È dedito all'alcol? \_\_\_\_\_

SI  NO

È stato recentemente vaccinato? \_\_\_\_\_

SI  NO

Quale vaccino? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Quale vaccino? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

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

SI  NO

Ha mai assunto sostanze stupefacenti? \_\_\_\_\_

SI  NO

Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive e/o in cambio di denaro o di droga?

SI  NO

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

SI  NO

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

SI  NO

In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jacob, di insonnia mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?

SI  NO

È stato sottoposto a trapianto di cornea o di dura madre?

SI  NO



Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?  SI  NO

Dove ha vissuto (negli ultimi tre anni)? \_\_\_\_\_  SI  NO

Ha fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero? \_\_\_\_\_  SI  NO

Dove? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ Per quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Dove? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ Per quanto tempo? \_\_\_\_\_

Le è mai stato detto in precedenza di non donare sangue? \_\_\_\_\_  SI  NO

È mai stato sottoposto a trapianto di tessuti o di cellule? \_\_\_\_\_  SI  NO

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi dodici mesi:

È stato sottoposto a interventi chirurgici? \_\_\_\_\_  SI  NO

Quale? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Ha effettuato indagini endoscopiche? \_\_\_\_\_  SI  NO

Ha effettuato terapie che comportino l'uso di catetere? \_\_\_\_\_  SI  NO

Ha effettuato cure odontoiatriche? \_\_\_\_\_  SI  NO

Si è sottoposto a tatuaggi? \_\_\_\_\_  SI  NO

Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo?  SI  NO

Si è sottoposto ad agopuntura? \_\_\_\_\_  SI  NO

È stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?  SI  NO

Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?  SI  NO

È stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue? \_\_\_\_\_  SI  NO

Ha attività o hobby rischiosi? \_\_\_\_\_  SI  NO

Ha avuto rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive?  SI  NO

Da quante ore è digiuno? \_\_\_\_\_

*Solo per le donne*

È in gravidanza? \_\_\_\_\_  SI  NO

Ha avuto gravidanza o interruzione di gravidanza?  SI  NO

Firma del donatore: \_\_\_\_\_

Firma del sanitario: \_\_\_\_\_

**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, 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 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: \_\_\_\_\_