



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)
1.1. È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?
1.1.1. È stato mai affetto da:
1.1.2. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari
1.1.3. malattie infettive, tropicali, tubercolosi
1.1.4. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari
1.1.5. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici
1.1.6. malattie respiratorie
1.1.7. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero
1.1.8. malattie renali
1.1.9. malattie del sangue o della coagulazione
1.1.10. malattie neoplastiche (tumori)
1.1.11. diabete
1.1.12. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?
1.2. Ha mai avuto shock allergico?
1.3. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?
1.4. È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?
1.5. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?
1.6. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?
1.7. È vaccinato per l'epatite B?
2. Stato di salute attuale
2.1. È attualmente in buona salute?
2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? Se no, quali malattie ha avuto e quando?
2.3. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati, H. Labialis)?
2.4. Ha attualmente manifestazioni allergiche?
2.5. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?
2.6. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?
2.7. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?
2.8. Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?
2.9. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?
3. Solo per le donatrici
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 d'abuso
4.1. Ha assunto o sta assumendo:
4.2. farmaci per prescrizione medica
4.3. farmaci per propria decisione
4.4. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via internet o al di fuori della distribuzione autorizzata
4.5. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?
4.6. È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?
4.7. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?
4.8. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?



5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, 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 l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?
5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?
5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?
5.8. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):
5.8.1. con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS
5.8.2. con partner con 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
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?
5.8.8. con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS
5.9. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:
5.9.1. ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B ed epatite C?
5.9.2. è stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc.)?
5.9.3. Si è sottoposto a:
- somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/dispositivi non sterili
- agopuntura con dispositivi non monouso
- tatuaggi
- piercing o foratura delle orecchie
- somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati
5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o 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

- 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 1980-1996?
6.4. È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?
6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?
6.6. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? Se sì, dove
6.7. È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i Paese/i

7. Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato 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 di chi riceverà il sangue donato.

Data Firma del donatore Firma del sanitario



CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (____) il ____/____/____ [] F [] M

DICHIARA DI:

- aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente 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;
- di essere consapevole dell'esecuzione ad ogni donazione dei test obbligatori per legge, in particolare i test HIV come da Decreto Ministero della Salute, 2 novembre 2015;
- 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;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

Siena ____/____/____ Firma del donatore/donatrice _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome _____ Qualifica _____

Siena ____/____/____ Firma _____

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE

- Parametri fisici del donatore
Valutazione accessi venosi per Aferesi [] IDONEI [] NON IDONEI

Firma Infermiere _____

Peso _____ Kg Altezza _____ cm P.A. _____ mmHg Frequenza _____ batt/min

Hb _____ g/dL Ht. _____ % PLT _____ x10^3/L Altro _____

- Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico _____

• Giudizio di idoneità

Il donatore risulta idoneo a donare il seguente emocomponente: [] SI [] NO

Se SI Volume [] 450 ml [] 410 ml [] PLASMA _____ [] MULTICOMP _____ [] Aspirante

Escluso Temporaneamente. Motivo _____ Durata _____

Escluso Permanentemente. Motivo _____

Siena ____/____/____ Firma del Medico responsabile della selezione _____

Procedura di autoesclusione (art. 3 comma 1c DM 2 Novembre 2015)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____

CHIEDE:

[] di INTERROMPERE le procedure di selezione per il giudizio di idoneità alla donazione

[] di NON UTILIZZARE la propria donazione a fini trasfusionali

Siena ____/____/____ Firma del donatore _____

Cognome e Nome del Medico _____ Firma _____



INFORMAZIONI AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (Regolamento generale per la protezione dei dati personali) E CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER LA DONAZIONE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) e del vigente D.Lgs.n.196/2003 (Codice in materia di protezione dati personali), La informiamo che i Suoi dati personali e le categorie particolari di dati, tra i quali i dati relativi alla salute, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. La base giuridica è il suo consenso (art.9, par.2, lett.a) del RGPD). Il mancato consenso al trattamento dei dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti. Ai sensi dell'articolo 7, par.3 del RGPD potrà in qualsiasi momento revocare il consenso al trattamento dei dati. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà 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 dei 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 adozione delle misure di sicurezza previste dalla 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. I dati personali e relativi alla salute verranno conservati nella cartella sanitaria del donatore per trenta anni, come previsto dalla normativa di settore. Lei può esercitare i diritti di cui agli artt. 15, 16, 17, 18, e 21 del RGPD qualora ne ricorrano i presupposti e nei limiti indicati, rivolgendosi al Titolare del trattamento e al Responsabile della protezione dati personali, ai dati di contatto sotto indicati. Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi la normativa in materia di protezione dei dati personali, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento: Azienda ospedaliero-universitaria, sede legale: Strada delle Scotte 14, 53100 Siena, nella persona del Direttore Generale pro-tempore, tel. 0577585519; e-mail: dirgen@ao-siena.toscana.it;

Pec ao-siena@postacert.toscana.it

Responsabile della protezione dati personali: e-mail privacy@ao-siena.toscana.it

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (____) il ____/____/____

F M

Recapiti telefonici _____

Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

Acconsente **NON acconsente**

al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Consegna dei referti:

I referti degli esami sono consultabili via web sul **Fascicolo Sanitario**

Elettronico regionale: <http://fascicolo sanitario.regione.toscana.it/>

Siena ____/____/____ **Firma del donatore/donatrice** _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome _____ Qualifica _____

Siena ____/____/____ **Firma** _____

