



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

- 1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)
1.1. mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?
1.2. È stato mai affetto da:
1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, 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
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 medicinali derivati dal sangue? 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 malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?
1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?
1.8. 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?
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:
4.1.1. farmaci per prescrizione medica
4.1.2. farmaci per propria decisione
4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive 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. È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?
4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?
4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?

- 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 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
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. quale non è noto se sia o meno sieropositivo?
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. E '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?
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)?

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



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<sup>3</sup>/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  PLASMA \_\_\_\_\_  MULTICOMP \_\_\_\_\_  Aspirante

Escluso Temporaneamente. Motivo \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_

Escluso Permanentemente. Motivo \_\_\_\_\_

Siena \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma del medico responsabile della selezione \_\_\_\_\_

PROCEDURA DI AUTOESCLUSIONE (art.3 comma 1c DM2 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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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 ALERT CARENZE SI SANGUE

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. Il trattamento è necessario per finalità di diagnosi (art.9, par.2, lett. h) nonché per interesse pubblico rilevante (art.9, par.2, lett. g) del RGPD), anche in riferimento all'attività amministrativa e certificatoria correlata all'assistenza in ambito di trasfusioni di sangue umano (art. 2-sexies, co.2, lett. t) del Codice Privacy). La scelta di donare è un atto volontario e facoltativo, ma il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di poter procedere con la donazione di sangue ed emocomponenti.

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. In fondo al presente modulo è prevista l'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici che ci servono per la Sua rintracciabilità, per ricontattarla a seguito della donazione, anche al fine, eventualmente, di inviare degli alert sulle carenze del sangue. Per tale attività richiediamo uno specifico consenso (art.6, par.1, lett. a) del RGPD). Il mancato consenso al trattamento dei dati comporterà l'impossibilità di rintracciarla o contattarla a seguito della 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. 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 o trasmessi in paesi extra UE, salvo la valutazione di idonee garanzie ai sensi degli artt. 44 e ss. del RGPD. Non sono previsti processi decisionali automatizzati, ivi inclusa la profilazione. 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 sottoindicati, fatte salve le limitazioni previste ai sensi degli artt. 23 RGPD, 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy. 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 (maggiori info: [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

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

Pec [ao-siena@postacert.toscana.it](mailto:ao-siena@postacert.toscana.it)

Responsabile della protezione dati personali: e-mail [privacy@ao-siena.toscana.it](mailto: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, anche di natura particolare:

Acconsente  NON Acconsente

al trattamento dei propri dati personali al fine della rintracciabilità a seguito della donazione, anche, eventualmente, per ricevere degli alert sulle carenze del sangue.

Consegna dei referti:

I referti degli esami sono consultabili via web sul Fascicolo Sanitario Elettronico regionale:

<http://fascicolosanitario.regione.toscana.it/>

Siena \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma del donatore/donatrice \_\_\_\_\_

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Siena \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

BARCORDE DONATORE

ETICHETTA MODULO ANAMNESTICO