

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRE-DONAZIONE

ETICHETTA
BARCODE
DONAZIONE

1. Dati anagrafici del donatore

Cognome _____

Nome _____ Cod. I.S.S. _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Sesso M F

Nazionalità _____

Residente a _____ Via _____

N° telefonico _____

Altri recapiti _____

Medico curante _____

2. Questionario anamnestico

1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)

1.1 E' mai stato ricoverato in ospedale? SI NO
Se si, perchè? _____

1.2 E' mai stato affetto da:

1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari SI NO

1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi SI NO

1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari SI NO

- 1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici SI NO
- 1.2.5. malattie respiratorie SI NO
- 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero SI NO
- 1.2.7. malattie renali SI NO
- 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione SI NO
- 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori) SI NO
- 1.2.10. diabete SI NO
- 1.2.11. ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza? SI NO

- 1.3. Ha mai avuto shock allergico? SI NO
- 1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? SI NO

Se si quando? _____

- 1.5. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule? SI NO
- 1.6. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")? SI NO
- 1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue? SI NO
- 1.8. E' vaccinato per l'epatite B? SI NO

2. Stato di salute attuale

- 2.1. E' attualmente in buona salute? SI NO
- 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? SI NO
- 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando? _____

- 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)? SI NO
- 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche? SI NO

- 2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo? SI NO
- 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? SI NO
- 2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? SI NO
- 2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto a contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)? SI NO
- 2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per altrui salute o pratica hobby rischiosi? SI NO

3. Solo per le donatrici

- 3.1. E' attualmente in gravidanza? SI NO
- 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi? SI NO
- 2.3. Ha avuto interruzioni di gravidanza negli ultimi 6 mesi? SI NO

4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

- 4.1. Ha assunto o sta assumendo:
- 4.1.1. farmaci per prescrizione medica SI NO
- 4.1.2. farmaci per propria decisione SI NO
- 4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via internet o al di fuori della distribuzione autorizzata SI NO
- 4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? SI NO
- 4.3. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazione? SI NO
- 4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche? SI NO
- 4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti? SI NO

5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, e le altre malattie trasmissibili? SI NO

- 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? SI NO
- 5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo? SI NO
- 5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo? SI NO
- 5.5. Ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? SI NO
- 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? SI NO
- 5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner? SI NO
- 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 SI NO
- 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali SI NO
- 5.8.3. con un partner occasionale SI NO
- 5.8.4. con più partner sessuali SI NO
- 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti SI NO
- 5.8.6. con scambio di denaro o droga SI NO
- 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 SI NO
- 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, e dell'epatite C? SI NO
- 5.9.2. è stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia, ecc)? SI NO
- 5.9.3. si è sottoposto a:
- a. somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/dispositivi non sterili SI NO

- 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? SI NO
- 5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo? SI NO
- 5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo? SI NO
- 5.5. Ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? SI NO
- 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? SI NO
- 5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner? SI NO
- 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 SI NO
- 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali SI NO
- 5.8.3. con un partner occasionale SI NO
- 5.8.4. con più partner sessuali SI NO
- 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti SI NO
- 5.8.6. con scambio di denaro o droga SI NO
- 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 SI NO
- 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, e dell'epatite C? SI NO
- 5.9.2. è stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia, ecc)? SI NO
- 5.9.3. si è sottoposto a:
- a. somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/dispositivi non sterili SI NO

7. Dichiarazione

Il/la sottoscritto/a 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 presente questionario essendo stato/a informato/a 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 ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO ED EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI

Il/la sottoscritto/a _____

Cod. I.S.S. _____

Nato/a a _____ il _____

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/a 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;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- essere stato/a posto/a 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.

Data ____ / ____ / ____

Firma del/della donatore/donatrice _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome _____

Qualifica _____

Data ____ / ____ / ____

Firma del sanitario _____

RACCORDO ANAMNESTICO ED ESAME OBIETTIVO:

REQUISITI FISICI PER L'ACCETTAZIONE DEL CANDIDATO DONATORE

Peso	P.A.	Freq.	Hb	HCT
Protidemia totale (g/dl):		Elettr. Prot:		PLT:
Giudizio di idoneità:				
<input type="checkbox"/> Idoneo/a alla donazione di: _____				
Volume proposto di donazione (ml) _____				
<input type="checkbox"/> Sospeso/a temporaneamente per i seguenti motivi: _____ _____ _____				
Annotazioni _____ _____ _____				
Firma del medico _____				