



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRE-DONAZIONE INFORMATIVA E RILASCIO CONSENSI

R16 - Rev.1  
Pag. 1 di 4  
data di applicazione:  
14/08/2023

### Dati anagrafici del donatore (utilizzati per tutte le parti del presente documento)

Cognome	Nome	ISS
Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nazionalità	Residente a	Via
Telefono	E-mail	
Altri recapiti	Medico curante	

### Informativa e consenso al trattamento dei dati personali per la donazione di sangue

Ai sensi della Legge n.171 del 2018 e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), la informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie e volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge, inclusa la notifica delle eventuali malattie infettive in atto. In particolare il Servizio di Medicina 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 siano utilizzati per studi o 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 consenso al trattamento dei dati.

L'indicazione di nome, data di nascita, indirizzo e 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 di consone misure di sicurezza, come previsto 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 e solo nei confronti dei soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

Il titolare del trattamento dei dati sanitari, in conformità alla legge vigente è l'Istituto per la Sicurezza Sociale.

La preghiamo di notare che il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue.

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

**acconsento**

**non acconsento**

Al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data \_\_\_\_\_ Firma del donatore \_\_\_\_\_

**Medico/operatore che ha raccolto il consenso:**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Redazione			Verifica			Approvazione		
Data	Funzione	Firma	Data	Funzione	Firma	Data	Funzione	Firma
07/08/2023	RGR	A. Colombini	11/08/2023	RAQ	A.Zani	14/08/2023	D	G.F.Fantini

## Questionario anamnestico

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

1.1	E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2	E' mai stato affetto da:	
1.2.1	malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.2	malattie infettive, tropicali, tubercolosi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.3	ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.4	malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.5	malattie respiratorie?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.6	malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.7	malattie renali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.8	malattie del sangue o della coagulazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.9	malattie neoplastiche (tumori)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.10	diabete?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2.11	ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.3	Ha mai avuto shock allergico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.4	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.5	E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.6	In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob? ("malattia della mucca pazza")	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.7	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.8	E' vaccinato per l'epatite B?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### 2. Stato di salute attuale

2.1	E' attualmente in buona salute?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.2	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.5	Ha attualmente manifestazioni allergiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.6	Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.7	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.8	Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.10	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o altrui salute o pratica hobby rischiosi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### 3. Solo per le donatrici

3.1	E' attualmente in gravidanza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.2	Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.3	Ha avuto interruzioni di gravidanza negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### 4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

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

5.2	Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.3	Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.4	Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.5	Ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.7	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.8.2	con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.8.3	con un partner occasionale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.8.4	con più partner sessuali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.8.5	con soggetti tossicodipendenti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.8.6	con scambio di denaro o droga?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.8.7	con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa o del quale non è noto se sia o meno sieropositivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.9.2	E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche? (colonscopia, esofago-gastro-duodenoscopia, artroscopia, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.9.3	Si è sottoposto a:	
a.	somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/dispositivi non sterili?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.	agopuntura con dispositivi non monouso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c.	tatuaggi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d.	piercing?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e.	somministrazione di emocomponenti o medicinali plasmaderivati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.9.4	Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.9.5	E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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 emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.

## 6. Soggiorni all'estero / provincie italiane

6.1	E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i paese/i?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.2	I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del Sud o in Messico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.3	Ha trascorso un periodo superiore a sei mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1986?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.4	E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.5	Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro sei mesi dal rientro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.6	Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in paesi esteri o in altre provincie italiane (malattia del West Nile Virus)? Se sì, dove?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 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 o emocomponenti mediante aferesi

### Dichiaro:

- di aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato;
- di aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato/a sul significato delle domande in esso contenute;
- di essere consapevole che le informazioni fornite sul mio stato di salute e sui miei stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la mia sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato;
- di aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- di essere stato posto/a in condizione di fare domande ed eventualmente rifiutare il consenso;
- di non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- di sottopormi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerò attività o hobby rischiosi.

Data ..... Firma del/la donatore/donatrice

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Qualifica ..... Cognome e nome

Data ..... Firma

## Cartella sanitaria del donatore

### 1 – Parametri fisici del donatore

Peso (Kg)	PA (mmHg)	Frequenza (b/m)	Hb (g/dl)
-----------	-----------	-----------------	-----------

Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione

### 2 – Valutazione clinico/anamnestica

Note anamnestiche rilevanti / raccordo anamnestico

### 3 – Giudizio di idoneità

Il donatore risulta:

idoneo a donare il seguente emocomponente:

Tipo: ..... Volume: .....

Note al prelievo:

escluso temporaneamente

Motivo: ..... Durata: .....

escluso permanentemente

Motivo:

Data: ..... Firma del medico

Etichetta  
Barcode  
Unità

Etichetta  
Barcode  
Donatore