



PROVINCIA RELIGIOSA DI S. PIETRO
DELL'ORDINE OSPEDALIERO DI S. GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRATELLI

**SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE
OSPEDALE S. PIETRO FATEBENEFRATELLI**

Direttore: Prof. Carla Borgia

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE E/O EMOCOMPONENTI

DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE

Cognome Nome
Luogo di nascita Data di nascita Sesso M F
Residenza Città CAP
Domicilio (se diverso) Città CAP
Tel. abitazione Tel. ufficio Tel. cellulare

ETICHETTA
DATI ANAGRAFICI

Associazione donatori
Sezione

Gentile donatore / donatrice,

la ringraziamo per la sua disponibilità a donare il sangue in favore dei pazienti che ne hanno bisogno.

La donazione di sangue è un atto generoso e responsabile che presuppone un'accurata sensibilizzazione ed informazione del candidato donatore: le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono infatti un elemento fondamentale per garantire la sicurezza sia del donatore che del ricevente.

Prima di donare il sangue la invitiamo pertanto a:

- prendere visione del materiale informativo sull'AIDS e sulle altre malattie infettive trasmissibili al ricevente
- rispondere con assoluta sincerità alle domande poste nel questionario

Le ricordiamo, inoltre, che ha diritto a:

- ricevere informazioni dettagliate e comprensibili sulle procedure di donazione del sangue
- porre domande in qualsiasi momento della procedura
- ritirarsi o rinviare la donazione in qualsiasi momento della procedura
- richiedere in maniera riservata al personale del Servizio Trasfusionale di non utilizzare la propria donazione
- avere tutelata la riservatezza del colloquio medico, delle informazioni fornite, dei risultati dei test eseguiti
- ricevere comunicazione riservata di eventuali alterazioni riscontrate nei test eseguiti

La invitiamo, infine, a comunicare tempestivamente al personale del Servizio Trasfusionale eventuali malattie insorte subito dopo la donazione, al fine di tutelare la salute dei pazienti trasfusi.

QUESTIONARIO

- È attualmente in buona salute? SI NO
- 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? SI NO
- Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? SI NO
- Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici? SI NO
- Ha notato perdita ingiustificata 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'alcool? SI NO
- È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? Quale? Quando? SI NO
- 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? 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 Creutzfeld-Jacob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? SI NO
- Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? SI NO
- Ha recentemente fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero? SI NO
Dove? Quando? Per quanto tempo?
- Le è mai stato indicato di non donare sangue? SI NO
- È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o di cellule? Quando? SI NO

Solo per donne

- Ha avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza? Quando? SI NO
- È in gravidanza? SI NO

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:

- È stato sottoposto ad interventi chirurgici? SI NO
Quale? Quando?
- Ha effettuato indagini endoscopiche? SI NO
- Ha effettuato procedure 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 trasfusioni 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
- Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto?

Firma del candidato donatore

Firma del sanitario che ha effettuato l'intervista

.....

.....

VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE DEL DONATORE

.....
.....
Note anamnestiche rilevanti / raccordo anamnestico:
.....
.....

REQUISITI FISICI PER L'ACCETTAZIONE DEL CANDIDATO DONATORE

Età Peso (kg) P.A. F.C. Hb (g/dL) Ht (%)

Altri esami a giudizio del medico:
.....
.....

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA DONAZIONE

Idoneo alla donazione di:

- sangue intero
- plasmaferesi
- piastrinoaferesi
- eritroplasmaferesi
- eritropiastrinoaferesi
- plasmapiastrinoaferesi
- doppia eritroaferesi
- doppia piastrinoaferesi

Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi:

.....
.....
Periodo di sospensione
Prossimo controllo

Sospeso definitivamente per i seguenti motivi:

.....
.....

ETICHETTA
DONAZIONE

Firma del medico responsabile della selezione
.....

Firma del medico e/o infermiere prelevatore
.....

Reazioni indesiderate
.....

Volume proposto per la donazione (ml)

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE ED 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 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.

Firma del donatore
.....

Data