DONATORE

CDM

CODICE FISCALE_____

Cognome _____

Nome _____ Sesso □ M □ F

Luogo di Nascita _____ Data di Nascita _____

Residente a _____ Via_____ _____ CAP_____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Documento _____ n. _____ Scad. _____

MEDICO CURANTE_____

☐ **PPO** _____ **SEDE** ☐

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" D.LGS 101/2018 (GDPR 2016/679), La informiamo che i Suoi dati personali**,** anche sensibili, 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. 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.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.

Il titolare del trattamento è la ASL di Viterbo e il CRS di Roma. Per l'UdR il titolare è il Presidente dell'AVIS Provinciale

Il Responsabile del trattamento è il Direttore del SIMT di Viterbo.

Io sottoscritto\a _____Nato/a_____il:_____

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

O acconsento **O non acconsento** al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data _____ Firma del donatore/donatrice _____

Firma del Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso _____

Questionario anamnestico ai sensi del D.M. 02/11/2015

1. Stato di salute pregresso da compilare alla PRIMA donazione o se non si dona da più di 2 anni

1.1 E' mai stato ricoverato in ospedale? _____ Se sì, perché? _____ quando_____

1.2 E' stato mai affetto da:
malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari, malattie infettive, tropicali, tubercolosi, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici, malattie respiratorie, malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero, malattie renali, malattie del sangue o della coagulazione, malattie neoplastiche (tumori)diabete _____

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 E' 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 E' vaccinato per l'epatite B? _____

1.9 E'nato,ha vissuto,vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i Paese/i _____

1.10 I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico? _____

1.11 Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? _____

1.12 E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?_____

2. Stato di salute attuale (da compilare SEMPRE)

2.1 E' attualmente in buona salute? _____

2.2 Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? _____

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)? _____

2.5 Ha attualmente manifestazioni allergiche? _____

2.6 Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo? _____

2.7 Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? _____

2.8 Nell'**ultima settimana** si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?
_____

2.9 Nelle ultime **4 settimane** è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)? _____

2.10 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. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza _____

3.2 E' attualmente in gravidanza? _____

3.3 Ha partorito negli ultimi **6 mesi**? _____

3.4 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 E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? _____

4.4 Ha abusato o abusa di bevande alcoliche? _____

4.5 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 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) con:

5.8.1 partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS _____

5.8.2 partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali

5.8.3 un partner occasionale _____

5.8.4 più partner sessuali _____

5.8.5 soggetti tossicodipendenti _____

5.8.6 scambio di denaro o droga _____

5.8.7 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? _____

5.9. 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? _____

5.9.2 E'stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es:colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc) ? _____

5.9.3 Si è sottoposto a :

a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili _____

b) agopuntura con dispositivi non monouso _____

c) tatuaggi _____

d) piercing o foratura delle orecchie _____

e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasma derivati _____

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 Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro? _____

6.2 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 _____

6.3 Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato in Paesi dove si sono registrati casi autoctoni d'infezione da Zika Virus?_____ Se sì, dove _____

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA:

- di aver preso visione del materiale informativo e 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 essere a conoscenza che il Centro di Qualificazione Biologica (CQB) di riferimento per il dosaggio dei test NAT e Sierologia è l'Ospedale Sandro Pertini di Roma e che pertanto le provette verranno spedite e processate presso il suddetto centro;
- di aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, 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 di chi riceverà il sangue donato;
- di aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione 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 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

Data _____ Firma del/donatore/donatrice _____

Firma del medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso_____

Parametri fisici del donatore

Età _____ Peso(Kg) _____ P.A. max _____ /min _____ FC(batt/min) _____

Hb _____ g/dl Hct _____ % Altri parametri _____

Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del Donatore

_____

Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico

_____

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE

GIUDIZIO DI IDONEITA'

☐ **IDONEO** a donare il seguente emocomponente: SI o PLASMA o PLASMA/PIASTRINE o ☐ **NON IDONEO** _____	☐ **SOSPESO TEMPORANEAMENTE:** Motivo _____ Durata _____ ☐ **SOSPESO DEFINITIVAMENTE:** Firma del donatore per presa visione _____

Firma e Timbro del medico responsabile della selezione_____

PRELIEVO EMOCOMPONENTI DA AFERESI Allegare l'apposita scheda RSE-VT_ MOD 168

REAZIONI INDESIDERATE ALLA DONAZIONE Allegare l'apposita scheda SIMT-VT_ MOD 169