



**Modulo di accettazione e consenso alla donazione di Sangue ed Emocomponenti**

Cognome ..... Nome ..... sesso  M  F  
 Nato a .....(.....).il.....CF.....  
 Residente in Via .....CAP..... Città .....(.....)  
 Tel. casa .....Tel. cell.....Documento.....  
 e-mail.....Donazione a favore di.....

Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'Epatite virale e le altre malattie trasmissibili ?  NO  SI  
 E' attualmente in buona salute ?  NO  SI  
 Ha sofferto o soffre di:  
 - malattie allergiche, autoimmuni, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, osteoarticolare ?  NO  SI  
 - tumori maligni, tubercolosi, diabete, convulsioni e/o svenimenti, attacchi epilettici ?  NO  SI  
 - episodi febbrili o sindromi influenzali, malattie cardiovascolari, ipertensione ?  NO  SI  
 - malattie infettive, ittero e/o epatite, malattie renali, ematologiche, reumatiche, tropicali ?  NO  SI  
 Ha avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza ? Quando ? .....  NO  SI  
 E' attualmente in gravidanza ?  NO  SI  
 Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico ?  NO  SI  
 Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici ?  NO  SI  
 Ha notato perdita ingiustificata di peso negli ultimi tempi ?  NO  SI  
 Ha sofferto di febbri di natura ignota o ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?  NO  SI  
 E' dedito all'alcool ?  NO  SI  
 E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni ? Quali ?..... Quando?.....  NO  SI  
 Ha mai assunto sostanze stupefacenti ?  NO  SI  
 Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive ?  NO  SI  
 E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?  NO  SI  
 Ha mai avuto rapporti sessuali con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS ?  NO  SI  
 In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi ?  NO  SI  
 Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari ?  NO  SI  
 Le è mai stato indicato di non donare sangue ?  NO  SI  
 E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o di cellule ? Quando ? .....  NO  SI  
 Ha fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero ?  NO  SI  
 Dove ?.....Quando ?..... Per quanto tempo ? .....

**Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:**

E' stato sottoposto ad interventi chirurgici ? Quale ?.....Quando.....?  NO  SI  
 Ha effettuato indagini endoscopiche o procedure che comportino l'uso di catetere ?  NO  SI  
 Ha effettuato cure odontoiatriche ?  NO  SI  
 Si è sottoposto a tatuaggi, a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo?  NO  SI  
 Si è sottoposto ad agopuntura ?  NO  SI  
 E' stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati ?  NO  SI  
 Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue ?  NO  SI  
 E' stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue ?  NO  SI  
 Ha attività o hobby rischiosi ?  NO  SI  
 Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto ? .....

## CONSENSO ALLA DONAZIONE E 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 24 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del donatore

\_\_\_\_\_

## REQUISITI FISICI PER L'ACCETTAZIONE DEL CANDIDATO DONATORE

Età ..... Peso (Kg) ..... P.A. (mmHg) max ..... min ..... F.C. (batt/min) .....

Emoglobina (g/dl) ..... Ematocrito (%) ..... Piastrine(/mmc) .....

Altri esami a giudizio del medico:

ECG..... ALT ..... (pre donazione)

.....

## GIUDIZIO DI IDONEITA'

Idoneo alla donazione di .....

Volume proposto per la donazione (ml) .....

Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi .....

Periodo di sospensione .....

Sospeso definitivamente per i seguenti motivi .....

**Firma del medico**

\_\_\_\_\_