Donazione Sangue e Plasma

Servizio Trasfusionale: A.S.L. V.C.O.

Associazione: AVIS

Comunale: STRESA

MATERIALE INFORMATIVO, QUESTIONARIO ANAMNESTICO, CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE, CONSENSO INFORMATO, INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA DONAZIONE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI (Allegato II D.M. 02/11/2015).

INFORMATIVA AUTOESCLUSIONE DEL DONATORE

Gentile Donatore/Donatrice, desideriamo informarla che fra i Suoi diritti è presente anche quello all'autoesclusione, cioè la possibilità di ritirarsi o di rinviare la donazione per propria decisione in qualunque momento della procedura, in piena libertà. Quando, dopo avere letto il materiale informativo predisposto per i donatori, oppure in seguito al colloquio con il medico, si rendesse conto che la sua donazione potrebbe costituire un rischio per la salvaguardia della salute propria e/o di quella dei riceventi, può decidere di:

- Non effettuare la donazione;
- Interrompere la donazione in qualunque momento;
- Completare la donazione, chiedendo successivamente (anche nei giorni seguenti), che l'unità donata non venga utilizzata a scopo trasfusionale.

Se intende avvalersi dell'autoesclusione occorre che contatti il Medico della Struttura di Riferimento, di cui trova sotto i recapiti. Le garantiamo il massimo livello di riservatezza, tuttavia, Le verranno richieste alcune informazioni per la Sua e altrui sicurezza. Le verrà chiesto innanzi tutto di identificarsi, quindi il medico, con il suo aiuto, cercherà di definire in linea di massima l'entità del rischio ed eventualmente il periodo in cui questo si colloca (se a carico dei riceventi), il che permetterà di valutare il comportamento più adeguato in riferimento anche alle precedenti donazioni.

Cognome: ..... **Nome:** .....

Luogo di Nascita: ..... **Data di Nascita:** ..... **Sesso:** ◯ **M** ◯ **F**

Nazionalità: ..... **Residente:** ..... **Via:** ..... **CAP:** .....

Recapito telefonico: ..... **E-mail facoltativa:** .....

Codice Fiscale: ..... **Medico curante:** .....

Gruppo: ..... **Codice Donatore:** ..... **Data Prelievo:** .....

Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e dei dati particolari (art. 9 del GDPR) e l'informativa autoesclusione del/la donatore/donatrice:

◯ **acconsento** ◯ **non acconsento**

al trattamento dei miei dati personali e dati particolari. **Data:** .....

Firma del/la donatore/donatrice: .....

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso: Cognome e nome .....

Qualifica: ..... **Data:** ..... **Firma:** .....

1. Stato di salute pregresso

1.1. E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? Si ◯ No ◯

1.2. E' stato mai affetto da:

1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari? Si ◯ No ◯

1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi? Se sì, quali e quando? 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? Se sì, utilizza insulina? 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? Se sì, quando? Si ○ No ○

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 muccapazza")? 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 o presentazione 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? Se sì, si tratta di una perdita volontaria di peso in seguito a regime alimentare (dieta)? 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 in 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 l'altrui salute o pratica hobby rischiosi? Si ○ No ○

NB: 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.

3. Solo per le donatrici

3.1. E' attualmente in gravidanza? Si ○ No ○

3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi? Si ○ No ○

3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? Si ○ No ○

3.4. E' in menopausa? Si ○ No ○

3.5. Da quando ha le mestruazioni?

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 vaccinazioni? 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, 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 dei 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 dei 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. E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche? (es: 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 ○

b) agopuntura con dispositivi non monouso Si ○ No ○

c) tatuaggi Si ○ No ○

d) piercing o foratura delle orecchie Si ○ No ○

e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati Si ○ No ○

5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? Si ○ No ○

5.9.5. E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue? Si ○ No ○

6. Soggiorni all'estero/province italiane

6.1. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i Paese/i? Si ○ No ○

6.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico? Si ○ No ○

6.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? Si ○ No ○

6.4. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? Si ○ No ○

6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro? Si ○ No ○

6.6. 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? Si ○ No ○

7. Dichiarazione

Il sottoscritto 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 questionario essendo stato 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.

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

Firma del sanitario: .....

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE, DICHIARO 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 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;
- di essere stato informato sulla possibilità che la donazione di sangue intero possa essere impiegata in tutto o in parte per produzione di emocomponenti ad uso non trasfusionale (siero collirio, plasma ricco di piastrine, gel di piastrine), previsti dal Decreto Ministeriale 02/11/2015 e successive modifiche del 01/08/2019.
- essere stato posto 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: .....

Cartella sanitaria del/la donatore/donatrice

1. Parametri Fisici

Peso (Kg): ..... Pressione arteriosa (mmHg): max ..... min .....

Frequenza (batt/min): ..... Emoglobina (g/L): .....

Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione: .....

2. Valutazione clinica/anamnestica

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

3. Giudizio di idoneità

Il/La donatore/donatrice risulta

☐ idoneo a donare il seguente emocomponente: Tipo: ..... Volume: .....

Note al prelievo: .....

☐ **Escluso Temporaneamente** Motivo: .....
Durata: .....

☐ **Escluso Permanentemente** Motivo: .....

Data: .....

Firma del medico responsabile della selezione: .....

Prelevato da: .....

Avvenuta lettura e comprensione del materiale informativo-educativo relativo al rischio di infezione da HIV e con le indicazioni sulla disponibilità del test HIV presso strutture sanitarie diverse dai Servizi Trasfusionali:

Firma Donatore/Donatrice: ..... Firma Medico: .....