



CARTELLA DONATORE (D.M. 02/11/15)

Gruppo Donatori Sangue Fratres di Letojanni
Via Monte Bianco s.n. c/o Centro Diurno
98037 Letojanni (ME)

Persona Responsabile Associazione Dr.ssa R.S. Cavallaro



Codice identificazione: CAR-A1-UdR

Rev. n. 2

Data: 29/12/2015

Pagina di 1/7

Etichetta CAI

Etichetta LAB

Etichetta CDM

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

ASPIRANTE DONATORE ()

DONATORE PERIODICO ()

Cognome _____ Nome _____ M F

Luogo nascita _____ il ___/___/___

C. F. _____/ Nazionalità _____

Documento identità (specificare tipo, numero e luogo di rilascio) _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Domicilio (se differente dalla residenza) _____

Tel. Ab. _____ Tel. Lav. _____ Cell. _____

E. mail _____ Data ultima donazione il ___/___/___

Associazione donatori di sangue? NO SI Quale _____

Medico di famiglia Dr./ssa _____ località studio _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ha mai donato prima? SI NO

Ha tollerato bene la/le donazione/i? SI NO

STATO DI SALUTE PREGRESSO (1.1 – 1.8)

1.1 E' stato mai ricoverato in ospedale? NO Se SI quale malattia

1.2 Ha mai sofferto o soffre tuttora di:

1.2.1 Malattie autoimmuni (es: tiroidite di Hashimoto, celiachia), malattie reumatiche, (es: lupus, artrite reumatoide), osteoarticolari? NO Se SI quale malattia

1.2.2 Malattie infettive (es. epatiti, brucellosi, leishmaniosi, malaria), tropicali (es. amebiasi, dengue, febbre gialla), tubercolosi? NO Se SI quale malattia

1.2.3 Malattie cardiovascolari (es. ipertensione, angina, infarto, aritmie, trombosi, ictus)? NO Se SI quale malattia

1.2.4. Malattie neurologiche (convulsioni, epilessia), psichiatriche (depressione)?	NO Se SI quale malattia
1.2.5. Malattie respiratorie (es. bronchiti ricorrenti, asma, riniti, tubercolosi)?	NO Se SI quale malattia
1.2.6. Malattie gastrointestinali (es. ulcera, colite ulcerosa, M.di Crohn), m. del fegato, ittero?	NO Se SI quale malattia
1.2.7 Malattie renali (es. calcolosi, glomerulonefrite)?	NO Se SI quale malattia
1.2.8 malattie del sangue e della coagulazione (es. anemie, emorragie)?	NO Se SI quale malattia
1.2.9 malattie neoplastiche (tumori)?	NO Se SI quale malattia
1.2.10 malattie metaboliche (es. diabete, ipercolesterolemia, gotta)?	NO Se SI quale malattia
1.3 Ha mai avuto uno shock allergico? (Es. alimenti, farmaci, insetti)?	NO Se SI che tipo di shock
1.4 Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue (globuli rossi, plasma, piastrine) o somministrazione di medicinali derivati dal sangue (immunoglobuline, albumina)?	NO SI (quando e perché)
1.5 E stato mai sottoposto a trapianto di organi o tessuti (es. rene, cornea, dura madre) o di cellule?	NO SI
1.6 In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob (malattia della mucca pazza)?	NO SI
1.7 Le è stato mai detto di non poter donare sangue? (Quando e perché)	NO SI
1.8 E' vaccinato per l'epatite B?	NO SI

STATO DI SALUTE ATTUALE (2.1 – 2.10)

2.1 E' attualmente in buona salute?	SI NO
2.2 Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	SI NO
2.3 Se non ha goduto di buona salute , 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)	NO SI
2.5 Ha attualmente manifestazioni allergiche o soffre di malattie allergiche (asma, rinite, orticaria)	NO SI
2.6 Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia per un problema di salute o ha intenzione di farlo?	NO SI
2.7 Ha notato perdita di peso negli ultimi mesi senza essersi sottoposto a dieta?	NO SI
2.8 Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o a interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? (Se SI specificare quando e quali interventi)	NO SI
2.9 Nelle ultime 4 settimane è venuto a contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A, altre)? Se SI quando e quale malattia _____	NO SI
2.10 Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute e/o pratica hobby rischiosi? (Specificare quali attività) _____	NO SI

FARMACI, VACCINI E SOSTANZE D'ABUSO (4.1 – 4.5)

4.1 Ha assunto o sta assumendo:	
4.1.1 Farmaci in seguito a prescrizione medica (Specificare quali farmaci e per quale malattia) _____	NO SI

- 4.1.2 Farmaci per decisione propria NO SI
 (Specificare quali farmaci e per quale malattia) _____
- 4.1.3 Sostanze di qualsiasi tipo, integratori, principi attivi per attività sportiva o altri prodotti acquistati via internet o al di fuori della distribuzione autorizzata? NO SI
 (Specificare il tipo di sostanza) _____
- 4.2 Ha mai ricevuto somministrazione di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? NO SI
- 4.3 E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? NO SI
 (Specificare che tipo di vaccinazioni e quando) _____
- 4.4 Ha abusato o abusa di bevande alcoliche NO SI
- 4.5 Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti? NO SI
 [Se SI specificare il tipo di sostanza, la modalità di assunzione (fumo, inalazione, pillole, endovena), la periodicità (eccezionalmente, sporadicamente, abitualmente)] _____

ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE (5.1 – 5.9.5)

- 5.1 Ha letto e compreso le informazioni sulla Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS), le epatiti virali e le altre malattie trasmissibili? SI NO
- 5.2 Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmissibili? (Gonorrea, sifilide, papilloma virus, clamidia, candida) NO SI
 (Se SI quale e quando) _____
- 5.3 Ha l'AIDS o è portatore del virus dell'AIDS (HIV) o crede di esserlo? NO SI CREDO DI ESSERLO
- 5.4 Il suo partner è portatore del virus dell'AIDS (HIV) o crede di esserlo? NO SI CREDE DI ESSERLO
- 5.5 Ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? NO SI CREDO DI ESSERLO
- 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? NO SI CREDE DI ESSERLO
- 5.7 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi ha cambiato partner? NO SI
- 5.8 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 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 AIDS? NO SI IGNORO
- 5.8.2 Con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali? NO SI IGNORO
- 5.8.3 Con un partner occasionale? NO SI
- 5.8.4. Con più partner sessuali? NO SI
- 5.8.5. Con soggetti tossicodipendenti? NO SI
- 5.8.6. Con scambio di denaro o droga? NO SI
- 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? NO SI IGNORO
- 5.9 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi:**
- 5.9.1 Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B o dell'epatite C? NO SI IGNORO
- 5.9.2 E' stato sottoposto a interventi chirurgici maggiori, indagini endoscopiche (es. colonscopia, gastroduodenoscopia, artroscopia) _____ NO SI
- 5.9.3. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi si è sottoposto a:**
- a) somministrazione di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe o dispositivi non sterili? NO SI

- b) agopuntura con dispositivo non monouso? _____ NO SI
 c) tatuaggi? _____ NO SI
 d) piercing o foratura delle orecchie? _____ NO SI
 e) trasfusione di emocomponenti (sangue, piastrine, plasma) o di farmaci plasmaderivati (immunoglobuline)? NO SI

5.9.4 Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? NO SI

5.9.5 E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose con il sangue? (Bocca, occhi, zone genitali)? NO SI

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 intero e/o di emocomponenti allo scopo di tutelare la salute dei pazienti candidati alla trasfusione.

SOGGIORNI ALL'ESTERO E/O PROVINCE ITALIANA (6,1 – 6.6)

6.1 E' nato, ha vissuto, vive o viaggiato all' estero? NO SI
 Se SI, in quale/i paese/i? _____

6.2 I suoi genitori sono nati nei paesi dell' America Centrale, dell' America del Sud o in Messico? NO SI

6.3 Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? NO SI

6.4 E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? NO SI

6.5 Ha avuto la malaria o una febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio per malaria o entro 6 mesi dal rientro? NO SI

6.6 Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato, anche per una sola notte, in paesi esteri o in alcune provincie italiane a rischio di trasmissione di West Nile Virus o altri virus (**vedi elenco in sala attesa**) NO SI
 Se SI, dove e quando _____

RISERVATO ALLE DONATRICI PERIODICHE O ASPIRANTI DONATRICI (3.1 – 3.5)

3.1 E' in gravidanza? NO SI

3.2 Ha partorito negli ultimi 6 mesi NO SI

3.3 Ha avuto interruzioni di gravidanza negli ultimi 6 mesi NO SI

3.4 E' in periodo mestruale NO SI

3.5 E' in menopausa NO SI

Eventuali osservazioni e/o precisazioni relative al numero _____

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazione fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e alla Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (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.

Firma del Medico _____

Firma del donatore _____

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

Ai sensi del “Codice in materia di protezione dei dati personali”, La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione della idoneità alla donazione di sangue intero ed emocomponenti e per gli adempimenti degli obblighi di legge. In particolare, il Servizio Trasfusionale, esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per l’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 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 elettronica o cartacea, 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’articolo 7 del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dalla sua Associazione di Donatori di Sangue.

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

Il titolare del trattamento dei dati presso la FRATRES di Letojanni è la Sig.ra Micalizzi Carmela

Il responsabile del trattamento dei dati presso la FRATRES di Letojanni è la dott.ssa Cavallaro Rosa Santa

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili relativi alla donazione

ACCONSENTO ()

NON ACCONSENTO ()

al trattamento dei miei dati personali e sensibili

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

DICHIARA

- Di aver visionato il materiale informativo e di averne compreso compiutamente il significato;
- Di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti dal 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 prelievo proposta;
- Di aver preso visione delle eventuali complicanze correlate alla 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 previsto per la procedura di donazione proposta;
- Di sottoporsi volontariamente alla donazione presso questa Unità di Raccolta
- Che non svolgerà, nelle 24 ore successive alla donazione, attività o hobby rischiosi;

Firma del donatore che acconsente al trattamento dei dati personali
e alla donazione di sangue intero

Firma del medico che ha raccolto il consenso e la dichiarazione

Sede della donazione o predonazione _____

Data ____/____/____



CARTELLA DONATORE (D.M. 02/11/15)

Gruppo Donatori Sangue Fratres di Letojanni
Via Monte Bianco s.n. c/o Centro Diurno
98037 Letojanni (ME)



Codice identificazione: CAR-A1-UdR

Rev. n. 2

Data: 29/12/2015

Pagina di 6/7

VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE E REQUISITI FISICI

Valutare le condizioni cliniche generali del candidato donatore con particolare riferimento a stati quali debilitazione, iponutrizione, edemi, anemia, ittero, cianosi, dispnea, instabilità mentale, intossicazione alcolica, uso di stupefacenti e abuso di farmaci.

SANGUE INTERO

Peso Kg _____ Alt. cm _____ P.A. mmHg _____ F.R. _____

Pre Hb _____ g/dL

Pre RBC _____ x 10⁶ Hb _____ g/dL Hct _____ % WBC _____ x 10³ PLT _____ x 10³

Altri esami di laboratorio e/o strumentali da effettuare secondo giudizio del medico trasfusionista, in relazione alla tipologia di donazione e ai fini della idoneità (specificare) _____

Valutazione complessiva (anamnestica, clinica e laboratoristica) dello stato di salute del/della donatore/donatrice

Valutazione complessiva: NDR ()

Valutazione complessiva: DR (specificare rilievi) _____

IDONEITA' DONATORE/DONATRICE PERIODICO/A

SI DICHIARA CHE IL DONATORE/DONATRICE **E' IDONEO/A** ALLA DONAZIONE DI 450 mL DI SANGUE INTERO ()

SI DICHIARA CHE IL DONATORE/DONATRICE **NON E' IDONEO/A** ALLA DONAZIONE DI 450 mL DI SANGUE INTERO **TEMPORANEAMENTE** () (specificare motivo/i, durata ed eventuali azioni correttive)

SI DICHIARA CHE IL DONATORE/DONATRICE **NON E' IDONEO/A** ALLA DONAZIONE DI 450 mL DI SANGUE INTERO **DEFINITIVAMENTE** () (specificare motivo/i ed eventuali azioni intraprese)

Firma del medico che certifica la idoneità/non idoneità _____

IDONEITA' ASPIRANTE DONATORE/DONATRICE ALLA PRIMA DONAZIONE DIFFERITA

SI DICHIARA CHE L'ASPIRANTE DONATORE/DONATRICE **E' IDONEO/A** ALLA DONAZIONE DI 450 mL DI SANGUE INTERO ()

SI DICHIARA CHE L'ASPIRANTE DONATORE/DONATRICE **E' IDONEO/A CON RISERVA** ALLA DONAZIONE DI 450 mL DI SANGUE INTERO () (specificare motivo/i della riserva)

SI DICHIARA CHE L'ASPIRANTE DONATORE/DONATRICE **NON E' IDONEO/A** ALLA DONAZIONE DI 450 mL DI SANGUE INTERO **DEFINITIVAMENTE** (specificare motivo/i ed eventuali azioni intraprese)

Osservazioni _____

Firma del medico che certifica la idoneità/non idoneità _____

DONAZIONE E POST-DONAZIONE SANGUE INTERO DONATORI PERIODICI¹

Ora inizio donazione ____/____

Ora fine donazione ____/____

Ora congedo donatore ____/____

mL prelevati 450 (in caso di variazione \pm 10%, specificare il motivo) _____

In fase di donazione e post-donazione, si sono manifestati segni o sintomi avversi? NO () SI ()

In caso affermativo compilare e firmare il modello **REA-UdR/M2** e consegnarlo al Responsabile G.Q.

Data ____/____/____

Firma del medico _____

Firma dell'Inf. _____