

Valutazione clinica anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del candidato donatore _____
 Note anamnestiche rilevanti / ricordo anamnestico _____

Requisiti fisici per l'accettazione del donatore

Peso (kg): _____ Pressione arteriosa (mmHg): max _____ / min _____ Frequenza (batt./min) _____
 Emoglobina (g/dl) _____ altri parametri per specifiche tipologia di donazione: _____

Giudizio di idoneità

Idoneo alla donazione di:
 Sangue intero: No SI ml _____ Plasmaferesi No SI ml _____
 Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi: _____ Prossimo controllo _____
 Durata sospensione _____
 Sospeso definitivamente per i seguenti motivi: _____

Esami richiesti

Profilo esami donazione: Ridotto Esteso-1/2 donazione (D1) Controllo annuale (D2)
 Esami ematoclinici aggiuntivi a giudizio del medico:
 Ferritina Transferrina Sideremia altro _____
 Esami strumentali: ECG altro: _____
 Firma del medico selezionatore _____

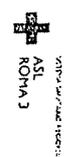
Parametri donazione

Emocomponente prelevato: _____ Volume prelevato (ml) _____ Oro inizio donazione _____
 Durata Prelievo Sangue intero: < 12 min 12 min 15 min
 Durata Prelievo Plasmaferesi: _____
 Note _____
 Firma del responsabile del prelievo: _____

Eventi avversi

malessere
 lipotimia
 altre reazioni: _____
 Terapia praticata _____
 Giudizio alla dimissione _____
 Firma del medico responsabile _____

Pag 4



SIMT-POS01-
MOD-Cardonazione

Rev. 12.00
Data: 19/01/2018

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nato/a il ____/____/____ a: _____ Prov _____ Nazionalità _____
 Indirizzo: _____ n. _____ CAP: _____
 Medico curante: _____
 Documento identità: _____ N° _____ Rilasciato il ____/____/____ Scadenza: ____/____/____
 Codice fiscale _____
 Recapito per comunicazioni telefoniche inerenti l'attività di donazione:
 Tel. Casa: _____ Tel. Cellulare: _____
 Tel. Ufficio: _____ e-mail: _____

Associazioni donatori di sangue

È iscritto ad una associazione di donatori di sangue?
 Se sì quale? _____ lessera n° _____
 Mi voglio iscrivere ad una delle seguenti associazioni:
 Gruppo Donatori Volontari "Amici del Servizio Trasfusionale dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia"
 Avis Croce Rossa Italiana Fratres Altra _____
 come Socio donatore di sangue, impegnandomi fin d'ora a seguirne e rispettarne lo statuto e le finalità.
 Firma: _____

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

Al 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 dell'idoneità alla donazione di sangue e di emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. In particolare il Servizio Trasfusionale conferisce i campioni di sangue al COB regionale presso l'ospedale S. Pertyni, per eseguire i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, HCV, HBV, Screening Sifilide, 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. La sacca di sangue viene consegnata per il frazionamento e la validazione al COV dipartimentale presso l'ospedale S. Camillo. 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. 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 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 indicano 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 Dir. Gen. ASL ROMA 3 Dott. V. De Salazar. Il responsabile del trattamento è Dir. FF.UOC SIMT Dott.ssa G. De Rosa

Io sottoscritto, acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (non è possibile proseguire con la donazione)
 al trattamento dei miei dati personali e sensibili
 Data ____/____/____ Firma del donatore/donatrice: _____
 Data ____/____/____ Firma e timbro del Medico: _____

2/1

INFORMAZIONI SULLE FINALITÀ DEL QUESTIONARIO E SULLE MALATTIE TRASMISSIBILI (EPATITE E AIDS)

Il donatore deve essere consapevole che il sangue donato è destinato alla cura di pazienti e ha, pertanto, una profonda responsabilità nel garantire loro una terapia sicura. In particolare deve comprendere che alcuni comportamenti lo espongono al rischio di infezioni trasmissibili con il sangue, tra le quali epatite e aids. Questi sono rappresentati da:

rapporti omosessuali o eterosessuali con persone a rischio (sosticodipendenti, prostituiti, portatori di epatite o AIDS o persone sconosciute), frequente cambio del partner sessuale, rapporti sessuali in cambio di denaro o droga, uso di droghe, contatto con sangue di altre persone.

Il donatore deve essere consapevole che le informazioni fornite incidono le risposte del questionario sono importanti in quanto esiste la possibilità che gli esami di laboratorio non siano in grado di evidenziare un'infezione appena contratta.

Pertanto, se il donatore riconosce di essere incerto in qualcuno dei comportamenti a rischio elencati e invitato ad autoescludersi dalla donazione, anche dopo aver effettuato il prelievo, con comunicazione riservata. Se nei giorni seguenti il prelievo dovessero manifestarsi i sintomi di una malattia infettiva trasmissibile con la donazione, il donatore è tenuto a comunicarla tempestivamente. Il medico della struttura trasfusoria, in ogni caso, è disponibile per ulteriori chiarimenti.

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTEGO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE ATERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE

Il sottoscritto dichiara di:

- 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 epatite B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato informato sul significato delle domande, 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;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- non aver donato in condizioni di fare domande ed eventualmente rifiutare il consenso;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nella 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DEI TEST SUPPLEMENTARI E PER RICHIAMI

Il personale sanitario richiama, in seguito alla attività di donazione, per le finalità e nei modi previsti dalla normativa vigente, per eseguire eventuali test supplementari, o necessari per il mantenimento dello stato di idoneità alla donazione, compresi i test per HIV, HCV, HBV, TPHA (ricerca anticorpi) e ricerca del virus mediante biologia molecolare, eseguiti dal COB Regionale presso l'ospedale S. Perini), o per indagini di look-back. I test per l'attività di virus HIV, HBV, HCV, con biologia molecolare sono necessariamente effettuati contemporaneamente, con metodo TRINAT non scindibile, dal COB Regionale. Il personale sanitario non è autorizzato a comunicare a nessuno, neanche a lei, dati sensibili al telefono o per via email (facoltativa), ma solo in ambulatorio previa verifica dell'identità. Il sottoscritto rilascia il consenso ad essere richiamato.

Data _____ Firma del donatore/donatrice _____

Motivo che ha raccolto il consenso: _____ Timbro e Firma _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1. STATO DI SALUTE PREGRESSO
E' stato mai stato ricoverato in ospedale? SI NO
Se si perché? _____

E' stato mai affetto da:

- malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari SI NO
- malattie infettive, tropicali, tubercolosi? SI NO
- ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari? SI NO
- malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici? SI NO
- malattie respiratorie? SI NO
- malattie gastroentericali, malattie del leggio, ittero? SI NO
- malattie renali? SI NO
- malattie del sangue o della coagulazione? SI NO
- malattie neoplastiche (tumori)? SI NO
- Diabete? SI NO
- Ha mai avuto shock allergico? SI NO
- Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? SI NO
- Se si quando? _____
- E' mai stato sottoposto a trapianti di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule? SI NO

2. STATO DI SALUTE ATTUALE

- E' attualmente in buona salute? SI NO
- Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? SI NO
- Se no quali malattie ha avuto e quando? _____
- Ha attualmente o ha avuto di recente febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)? SI NO
- Ha attualmente manifestazioni allergiche? SI NO
- Si è rivolto recentemente al suo Medico di famiglia o ha intenzione di farlo? SI NO
- Ha notato perla di peso negli ultimi tempi? SI NO
- Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? SI NO

Nelle ultime 4 settimane è venuto a contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie batteriche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)? SI NO

Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altri salute o pratica hobbies rischiosi? SI NO

3. SOLO PER LE DONATRICI

- Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanze? SI NO
- E' attualmente in gravidanza? SI NO
- Ha partorito negli ultimi 6 mesi? SI NO
- Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? SI NO

4. FARMACI VACCINI SOSTANZE D'ABUSO

- Ha assunto o sta assumendo: SI NO
- farmaci per prescrizione medica SI NO
- farmaci per propria decisione SI NO
- sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive o altri prodotti acquistati via internet o al di fuori della distribuzione autorizzata? SI NO
- Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti di piosfari? SI NO
- E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? SI NO
- Ha abusato o abusato di bevande alcoliche? SI NO
- Ha mai assunto o assume: sostanze stupefacenti? SI NO

5. ESPOSIZIONE A RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE

- Ha fatto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatite virali, le altre malattie trasmissibili? SI NO
- Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? SI NO
- Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo? SI NO
- Ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? SI NO
- Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo o ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? SI NO
- Dall'ultima donazione o comunque negli ultimi 4 mesi ha cambiato partner? SI NO

Dall'ultima donazione o comunque negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (genitali, orali, anali)? SI NO

Con partner risultato positivo ai test per l'epatite B o C o AIDS? SI NO

Con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali? SI NO

Con partner occasionale SI NO

Con più partner sessuali SI NO

Con soggetti sosticodipendenti SI NO

Con scambio di denaro o droga SI NO

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

Dall'ultima donazione o comunque negli ultimi 4 mesi: SI NO

Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B o C? SI NO

E' stato sottoposto ad interventi chirurgici, indagini endoscopiche (esocolonosopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia)? SI NO

Si è sottoposto a: SI NO

somministrazione di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / Agopuntura con strumenti non monouso o tatuaggi? SI NO

Piercing e foratura orecchie? SI NO

Somministrazione di emocomponenti o medicinali plasmaderivati? SI NO

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

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

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 *in vivo*, emocomponenti per la luteisi dei pazienti candidati alla trasfusione.

6. SOGGIORNI ALL'ESTERO / PROVINCE ITALIANE

- E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? SI NO
- Se si in quale paese? _____
- I suoi genitori sono nati in paesi dell'America Centrale, dell'America del Sud o in Messico? SI NO
- Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-96? SI NO
- E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? SI NO
- Ha mai avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio o entro 6 mesi dal rientro in zona a rischio? SI NO
- Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre provincie italiane (malattia da West Nile Virus)? SI NO
- Se si dove _____ SI NO