



Mod. N° 1g	ANAGRAFICA E CONSENSO INFORMATO PER DONATORE VOLONTARIO DI CSE PR RM04	Mod01g-PsqST01Pro02 Rev. 6.3 – 27/01/2025	Pag. 1 di 1
-------------------	---	---	-------------

ID _____	N° DNA _____ / _____
----------	----------------------

CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DEL TEST

I test genetici comprendono esami eseguiti sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare caratteristiche nel patrimonio genetico.
 Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Io sottoscritto:

COGNOME _____ **NOME** _____

Nato/a a _____ **il** _____

Abitante in _____ **Via** _____

Tel. _____ **Tel.** _____ **CAP** _____

Indirizzo e-mail _____

Residente in _____ **Municipio di residenza/Circoscrizione** _____

Cittadinanza: italiana _____

Codice Fiscale _____ **Professione** _____

Luogo di nascita Padre _____ **madre** _____

Iscrizione attraverso:

Associaz. ADMO	SIMT Osp Grassi	No Associaz.
-------------------	--------------------	-----------------

DONATORE AFERESI SI NO **Ultima donazione** _____ **c/o** _____
DONATORE SANGUE SI NO **Ultima donazione** _____ **c/o** _____

SESSO	M	F	PESO Kg. _____	ALTEZZA _____	MICROCITEMIA	si	no
--------------	----------	----------	-----------------------	----------------------	---------------------	-----------	-----------

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sul test di immunogenetica che mi verrà eseguito.
 Pertanto ACCONSENTO al prelievo di materiale biologico.

DICHIARO inoltre specificamente di:

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> volere | <input type="checkbox"/> NON volere | che il DNA estratto dal campione biologico venga conservato |
| <input type="checkbox"/> volere | <input type="checkbox"/> NON volere | che il DNA estratto dal campione biologico venga usato, con garanzia della massima riservatezza, per studi o ricerche scientifiche |

Mi impegno, infine, a comunicare ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Esprimo il consenso, ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 di adeguamento al Regolamento UE n.679/2016 al trattamento dei miei dati personali. Sono al corrente del fatto che tutti i miei dati, compresi i risultati di tutti i miei esami, saranno conservati in archivi cartacei ed informatici.

Data: _____

Firma: _____

Firma del Medico/Biologo che ha raccolto il Consenso: _____



Allegato B1 (VI 1/3 ago. 2024)

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PRE-ISCRIZIONE IBMDR

Le risposte che Lei fornirà sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione preliminare è finalizzata a proteggere Lei e il paziente che riceverà il Suo dono.

Cognome:..... Nome:..... Data di nascita:

Sesso: M F Altezza:.....cm. Peso:.....Kg.

BMI:..... (a cura del Centro reclutatore)

Area geografica di origine:

- Europa, Nord America (USA, Canada, Messico), Australia, Nuova Zelanda, Russia, Groenlandia, Islanda
- Asia
- Africa
- America centrale, Caraibi, Sud America
- Misto
- Non so rispondere

Valutazione Generale e tutela del donatore	Risposta	
1. È attualmente in buona salute?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
2. Sta assumendo farmaci o sta facendo trattamenti sanitari?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quali ?: Da quando ?: specificare		
3. Ha mai avuto un ricovero ospedaliero?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quando?: Perchè?: specificare		
4. Ha mai sofferto di allergie che hanno causato sintomi gravi come shock anafilattico?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Allergia a cosa?: specificare		
5. Ha sofferto o soffre di malattie del sistema immunitario, tumori maligni, malattie ematologiche (come leucemia, linfoma, mieloma...), malattie genetiche dei globuli rossi (come falcemia, favismo, talassemia...), malattie degli occhi come il glaucoma?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Specificare la malattia:		
6. Ha sofferto o soffre di malattie delle ossa o delle articolazioni, malattie del sangue o della circolazione (trombosi venose, embolie, sanguinamento), malattie del cuore (es. disturbi del ritmo cardiaco o pressione arteriosa alta), malattie respiratorie, malattie delle vie digerenti o del fegato, malattie renali o delle vie urinarie, diabete, malattie neurologiche, malattie ginecologiche?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Specificare la malattia:		

7. Ha mai avuto attacchi epilettici o convulsioni?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quando?:	specificare	
8. Ha mai sofferto di attacchi di panico/stati d'ansia/depressione?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
9. Ha fatto psicoterapia o assunto farmaci antidepressivi/ansiolitici?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
In quale circostanza?:	Quando?:	specificare
Patologie potenzialmente trasmissibili e tutela del ricevente		Risposta
10. Ha letto e compreso (allegato C) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie sessualmente trasmissibili ?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
11. Ha abitualmente comportamenti sessuali (rapporti sessuali con partner occasionali multipli) ad elevato rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili con il sangue?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
12. E' mai risultato positivo ai test per l'epatite A, B, C, E o per l'HIV?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Per quale test è risultato positivo?:	specificare	
13. Assume sostanze stupefacenti?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quali?:	con quale frequenza?: specificare	
14. Assume abitualmente alcool?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Con quale frequenza?:	e quantità?: specificare	
15. Le è mai stata diagnosticata una delle seguenti malattie infettive: Babesiosi, Malattia di Creutzfeldt-Jakob ("mucca pazza"), Leishmaniosi, Lebbra, infezione da Streptococco in atto o pregressa con esiti di cardiopatia o nefropatia, infezione da Tripanosoma malattia di Chagas, Ebola, virus Marburg, infezione da virus HTLV I/II (donatore o partner)?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quale?:	Quando?: specificare	
16. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o cellule?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quando?:	per: specificare	
17. E' mai stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti (plasma o piastrine) o a somministrazione di emoderivati (albumina, immunoglobuline)?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quando?:	quante?:	per quale motivo? specificare
18. E' un donatore di sangue, plasma, piastrine?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
19. Le è mai stato detto che non poteva donare sangue?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Perché?:	specificare	
20. Ha già donato in precedenza cellule staminali emopoietiche da sangue midollare o da sangue periferico per un suo familiare?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quando?:	Quali CSE (midollo/PBSC):	specificare
Il ricevente è ancora in vita? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
21. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
		specificare
Solo per le donatrici		Risposta
22. E' attualmente in gravidanza?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
23. Ha mai avuto gravidanze?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Quante: ?	Quando l'ultima ? :	specificare	
24. Ha mai avuto interruzioni di gravidanza?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quante: ?	Quando l'ultima ? :	specificare	
25. Le interruzioni di gravidanza sono state legate a malattie?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quali: ?		specificare	

Il sottoscritto dichiara:

- di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra;
- di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione (Allegato C) e di non riconoscermi in nessuna delle condizioni descritte;
- di aver ottenuto informazioni sulle procedure di prelievo (Allegato A);
- di essere consapevole che potrei essere ricontattato dal personale sanitario per chiarimenti
- di sottoporsi volontariamente al prelievo di un campione biologico (sangue, saliva o cellule di sfaldamento della mucosa buccale) conscio che, in futuro, accertata la compatibilità con un paziente in attesa di trapianto di CSE, tra le varie indagini che verranno espletate, necessarie all'accertamento della mia idoneità alla donazione e alla tutela del ricevente, sono comprese quelle relative all'infezione da HIV.

In fede,

Data: (firma del donatore)

Dati di individuazione del sanitario che ha verificato il questionario di autovalutazione e l'identità del donatore:

Cognome e Nome: Profilo professionale:

Struttura/Associazione di appartenenza:

Preso visione delle risposte fornite, attesto che il donatore

presenta non presenta

condizioni di esclusione all'iscrizione IBMDR.

Eventuali note.....

.....

.....

L'identità del donatore è stata verificata in data:.....

Firma del sanitario:..... Data:.....

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita