

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>S.I.M.T. VERCELLI</b> Questionario anamnestico di idoneità e consenso informato alla donazione	MODULI DI REGISTRAZIONE CODICE: MOD111 Valido dal:30/05/2018
Redatta da: DIRIGENTE MEDICO LA TORRE ROSA	Approvata da: DIRETTORE DI STRUTTURA CIANCI MARIA GRAZIA	Revisione 02 Stato: Pagina 1 di 4

## COMUNICATO INFORMATIVO SU AIDS, EPATITE VIRALE E SIFILIDE

Gentile Donatrice/Donatore, alcune malattie infettive gravi come l'Epatite Virale, l'AIDS, la Sifilide possono essere trasmesse con la donazione di sangue da parte di soggetti portatori.

Le chiediamo di leggere anche il Comunicato informativo sul rischio di infezione da HIV che trova in allegato a questo documento. Alcuni comportamenti espongono maggiormente al rischio di contrarre queste infezioni, e quindi di trasmetterle. Tali comportamenti a rischio sono:

- Uso, anche saltuario, di droghe endovena e di alcool (in quantità eccessiva)
- Assunzione di steroidi o ormoni a scopo di body building
- Rapporti sessuali: occasionali con persone non conosciute, con soggetti che sono o sono stati tossicodipendenti, con persone dedite alla prostituzione, con persone con positività per i test di SIFILIDE (TPHA, VDRL), AIDS (anti-HIV 1-2), EPATITE B (HBsAg), EPATITE C (Anti-HCV).

Poiché i test di laboratorio che si eseguono sulle unità di sangue possono risultare negativi nelle fasi precoci delle infezioni con i patogeni sopraindicati (AIDS, Epatite, LUE) il/la Donatore/Donatrice che si trova, o sospetta di trovarsi, in una delle situazioni sopra elencate è **vivamente pregato/a di parlarne con il Medico del Centro Trasfusionale o dell'Unità di Raccolta**. Il dono del sangue è un atto generoso di profondo significato umano ed è inteso a procurare beneficio ad un'altra persona, se il/la Donatore/Donatrice ha anche solo un dubbio di poter creare un danno al Paziente, deve astenersi dalla donazione, i nostri Medici sono a Sua disposizione per eventuali spiegazioni approfondite. Il colloquio, vincolato dal più rigoroso segreto professionale e d'ufficio, potrà aiutare a chiarire ed a valutare insieme le possibili esposizioni al rischio ed eventuali dubbi. **Inoltre è anche possibile concordare con il medico, in assoluta riservatezza e confidenzialità, l'eliminazione prudenziale dell'unità che è stata o verrà donata.**

Qualora **successivamente alla donazione** il/la Donatore/Donatrice ricordi una condizione di rischio **DEVE comunicarlo tempestivamente al Medico del Centro Trasfusionale o dell'Unità di Raccolta**, il quale provvederà a garantire l'**assoluta confidenzialità e riservatezza sia dell'informazione sia dell'eliminazione dell'unità donata**, anche in caso di negatività dei test di laboratorio (che verranno comunque eseguiti).

Le ricordiamo che la **Donazione non comporta alcun rischio di contrarre le infezioni sopra riportate**, poiché per ogni donazione viene utilizzato solamente materiale sterile e monouso. E' inoltre prudente dopo ogni donazione astenersi dallo svolgere attività che comportino un gravoso impegno psico-fisico. Le ricordiamo di segnalare eventuali malattie o malesseri insorti dopo la donazione.

Prima di donare dovrà perciò compilare il questionario che trova di seguito in questo modulo ed essere sottoposto/a ad alcuni accertamenti, con i quali il medico potrà verificare la sua idoneità a donare, evitando che questo suo gesto generoso possa recare danno a Lei oppure a chi riceve il suo sangue.

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

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali"(Codice), La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie, per la valutazione dell'idoneità' alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per 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 sua 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 e' necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e mail e' facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione. 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 ai soggetti 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 indicato dal suo Servizio Trasfusionale. **La informiamo che il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.**

Il Titolare del Trattamento Dati, ex art. 28 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, è l' Azienda Sanitaria Locale ASL "VC, C.so Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli, nella persona del suo legale rappresentante.

Il Titolare del Trattamento Dati, ex art. 28 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, per gli specifici utilizzi legati alla rete Trasfusionale Piemontese per i quali lei ha già sottoscritto specifico consenso in occasione del suo primo accesso alla nostra struttura, è il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (C.R.C.C) (rif. DGR n. 2-2278 del 4 luglio 2011), incardinato presso l'Azienda Sanitaria Locale ASL TO4 e precisamente in Piazza della Credenza, 2, 10015, Ivrea (Torino), nella persona del suo legale rappresentante.

Il Responsabile del Trattamento Dati e' il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'ASL di Vercelli – P.O. S. Andrea di Vercelli – C.so M. Abbiate 21, nella persona nella persona del suo legale rappresentante.

Il Responsabile esterno del Trattamento Dati – designato dal Titolare – è il CSI Piemonte (C.so Unione Sovietica 216, 10134 Torino), in qualità di Ente strumentale per l'informatica della Pubblica Amministrazione Piemontese. Nel rispetto della normativa sulla privacy, i dati potranno essere trattati da Incaricati – debitamente autorizzati - per svolgere specifici servizi elaborativi ed operazioni necessarie all'effettuazione dei servizi della Rete, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità del Sistema Informativo in oggetto. Maggiori informazioni sono disponibili nel documento informativo più dettagliato che le è stato già consegnato (Documento ALL049 - *Informativa tutela privacy donatore ex art. 13 D.Lgs. 196/2003*). Nel caso lo ritenesse utile, può richiederne una copia.

<b>Il/La sottoscritto/a:</b>			
Cognome:	Nome:		
Luogo di nascita:	Nazione:	Data di nascita:	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

<i>Da compilare solo alla prima donazione o in caso di variazione dei dati dall'ultima donazione/accesso:</i>			
Cod. Fiscale:			
Residente a:	Via		n°
Tel.:	Cell.:	e-mail:	
Medico curante:	Associazione:		
Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:			
[ ] <b>Accenso</b> [ ] <b>NON Accenso</b> al trattamento dei miei dati personali e sensibili.			
[ ] <b>Autorizzo</b> la comunicazione dei miei dati anagrafici e di stato donatore all'Associazione Donatori (in caso di iscrizione).			
Data	Firma del donatore/donatrice		

<b>Parte riservata agli operatori del SIMT/UdR:</b>			
Operatore sanitario che ha raccolto il consenso: Cognome		Nome	
Qualifica	Data	/	Firma

**Questionario anamnestico di valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue/emocomponenti**

Parte da compilare solo alla prima donazione, all'iscrizione o alla riammissione		Donatore	Medico
<b>1.</b>	<b>Stato di salute progresso</b>		
1.1.	E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?	NO	SI
1.2.	E' stato mai affetto da:		
	1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari?	NO	SI
	1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi?	NO	SI
	1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari?	NO	SI
	1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici?	NO	SI
	1.2.5. malattie respiratorie?	NO	SI
	1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero?	NO	SI
	1.2.7. malattie renali?	NO	SI
	1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione?	NO	SI
	1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)?	NO	SI
	1.2.10. diabete?	NO	SI
	1.2.11. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	NO	SI
1.3.	Ha mai avuto shock allergico?	NO	SI
1.4.	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?	NO	SI
1.5.	E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (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 mai stato indicato di non poter donare sangue?	NO	SI
1.8.	E' vaccinato per l'epatite B?	NO	SI
<b>Parte da compilare ad ogni donazione, all'iscrizione o alla riammissione</b>			
<b>2.</b>	<b>Stato di salute attuale</b>		
2.1.	E' attualmente in buona salute?	NO	SI
2.2.	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	NO	SI
2.3.	Se no, quali malattie ha avuto e quando?	NO	SI
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?	NO	SI
2.6.	Si e' rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?	NO	SI
2.7.	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?	NO	SI
2.8.	Nell'ultima settimana si e' sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	NO	SI
2.9.	Nelle ultime 4 settimane e' venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?	NO	SI

2.10	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?	NO	SI	
<b>3. Solo per le donatrici</b>				
3.1.	E' attualmente in gravidanza?	NO	SI	
3.2.	Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	NO	SI	
3.3.	Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?	NO	SI	
<b>4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso</b>				
4.1.	Ha assunto o sta assumendo:			
	4.1.1. farmaci per prescrizione medica?	NO	SI	
	4.1.2. farmaci per propria decisione?	NO	SI	
	4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata?	NO	SI	
	4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	NO	SI	
	4.3. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	NO	SI	
	4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?	NO	SI	
	4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?	NO	SI	
<b>5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione</b>				
5.1.	Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili?	NO	SI	
5.2.	Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?	NO	SI	
5.3.	Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	NO	SI	
5.4.	Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	NO	SI	
5.5.	Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	NO	SI	
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?	NO	SI	
5.7.	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?	NO	SI	
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?	NO	SI	
	5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali?	NO	SI	
	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	
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?	NO	SI	
	5.9.2. è stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc)?	NO	SI	
	5.9.3. si è sottoposto a : a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili; b) agopuntura con dispositivi non monouso; c) tatuaggi; d) piercing o foratura delle orecchie; e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasma derivati?	NO	SI	
	5.9.4. si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	NO	SI	
	5.9.5. è stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ?	NO	SI	
<i>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.</i>				
<b>6. Soggiorni all'estero/province italiane</b>				
6.1.	E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero?	NO	SI	
	Se sì, in quale/i Paese/i ?			
6.2.	I suoi genitori sono nati in 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 malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?	NO	SI	
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)?	NO	SI	
	Se sì, dove?			

[ ] RICHIEDO COLLOQUIO RISERVATO CON UN MEDICO

[ ] RICHIEDO LA DISTRUZIONE DELLA DONAZIONE

**DICHIARAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO  
ED EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI**

Il/la sottoscritto/a, come meglio identificato alla pagina 1 di codesto modulo, **dichiara di:**

- aver preso visione del materiale informativo in tutte le sue parti, incluso il Comunicato informativo sul rischio da infezione da HIV (MOD159), 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 averne compreso il significato nonché di essere stato informato dei test per la ricerca dei marcatori di malattie infettive che saranno eseguiti (in particolare HBsAg per l'epatite B, anti-HCV per l'epatite C, anti-HIV per l'AIDS, test per la sifilide);
- 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 e sui tempi della donazione proposta;
- essere consapevole che la propria donazione potrà essere frazionata in emocomponenti e, quindi, possa essere trasfusa a Pazienti diversi.
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- sapere di poter richiedere in riservatezza al medico di non utilizzare la propria donazione;
- di comunicare tempestivamente eventuali malattie o qualsiasi malessere insorti dopo la donazione;
- 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;
- aver precedentemente fornito il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili come da sottoscrizione alla pagina 2 del presente modulo.

Il/la sottoscritto/a **autorizza inoltre** l'utilizzo della propria donazione anche per controlli di qualità o altri usi di laboratorio.

Data          /          /          Firma del donatore/donatrice

**Parte riservata agli operatori del SIMT/UdR:**

Operatore sanitario che ha raccolto il consenso: Cognome		Nome
Qualifica	Data          /          /	Firma

**CARTELLA SANITARIA** (da compilare a cura del Medico responsabile della selezione)

**1. Parametri fisici del donatore**

Età:	Pressione arteriosa (mmHg): max	min
Peso (Kg):	Emoglobina pre donazione (g/dl):	Frequenza (batt/min):
Eventuali altri parametri (per tipologia donazione):		

**2. Valutazione clinica/anamnestica**

Valutazione delle condizioni di salute del donatore:
Note anamnestiche rilevanti/Raccordo anamnestico:
ESAME OBIETTIVO :

**3. Giudizio di idoneità**

<b>Il donatore risulta:</b>	
<input type="checkbox"/> Idoneo a donare il seguente EMC: Tipo	Volume (ml):
<input type="checkbox"/> Escluso temporaneamente: Motivo	Durata:
Prossimo controllo:	<input type="checkbox"/> Escluso Permanentemente: Motivo

<b>Medico responsabile della selezione:</b> Cognome	Nome
Data:	Firma:

<b>Etichetta di accettazione della donazione/prelievo</b>	<b>Legenda per accettazione informatica</b>	
	<input type="checkbox"/> Donazione S.I.	<input type="checkbox"/> Donazione aferesi
	<input type="checkbox"/> Esami di controllo	<input type="checkbox"/> Visita medica
	<input type="checkbox"/> Prima donazione anno SI	<input type="checkbox"/> Prima donazione assoluta