

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il / / Sesso  M  F  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 abitazione \_\_\_\_\_  posto di lavoro \_\_\_\_\_

- 1) È attualmente in buona salute?.....  NO  SI
- 2) Ha sofferto o soffre di malattie allergiche, autoimmuni, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, osteoarticolare, tumori maligni, tubercolosi, diabete, convulsioni e/o svenimenti, attacchi epilettici, episodi febbrili o sindromi influenzali, malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive, ittero, e/o epatite, malattie renali, ematologiche, reumatiche, tropicali?  NO  SI
- 3) Ha avuto gravidanze o interruzione di gravidanza?  NO  SI Se sì, quando? \_\_\_\_\_
- 4) È in gravidanza?.....  NO  SI
- 5) Sta facendo, terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?.....  NO  SI
- 6) Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici?.....  NO  SI
- 7) Ha notato perdita ingiustificata di peso negli ultimi tempi?.....  NO  SI
- 8) Ha sofferto di febbri di natura ignota?.....  NO  SI
- 9) Ha notato, ingrossamento delle ghiandole linfatiche?.....  NO  SI
- 10) È dedito all'alcool?.....  NO  SI
- 11) È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?  NO  SI Quali? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
- 12) Ha letto, e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?.....  NO  SI
- 13) Ha mai assunto sostanze stupefacenti?  NO  SI Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio per malattie infettive?.....  NO  SI
- 14) È mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?.....  NO  SI
- 15) Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B, o C, o per l'AIDS?.....  NO  SI
- 16) In famiglia vi sono, stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, d'insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?.....  NO  SI
- 17) Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?.....  NO  SI
- 18) Ha fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero?  NO  SI Dove? \_\_\_\_\_  
 Quando? \_\_\_\_\_ Per quanto tempo? \_\_\_\_\_
- 19) Le è mai stato, indicato in precedenza di non donare sangue?.....  NO  SI
- 20) È mai stato sottoposto a trapianto, di tessuti o di cellule?  NO  SI Se sì, quando? \_\_\_\_\_
- 21) Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi: È stato, sottoposto ad interventi chirurgici?  NO  SI Se sì, Quale? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
- 22) Ha fatto, indagini endoscopiche?.....  NO  SI
- 23) Ha effettuato procedure che comportino l'uso del catetere?.....  NO  SI
- 24) Ha effettuato cure odontoiatriche?.....  NO  SI
- 25) Si è sottoposto a tatuaggi?.....  NO  SI
- 26) Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo?.....  NO  SI
- 27) Si è sottoposto ad agopuntura?.....  NO  SI
- 28) È stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?.....  NO  SI
- 29) Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati con sangue?.....  NO  SI
- 30) È stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue?.....  NO  SI
- 31) Ha attività o, hobby rischiosi?  NO  SI Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 32) Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto? \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 DATA

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL CANDIDATO DONATORE

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SANITARIO CHE HA EFFETTUATO L'INTERVISTA

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo sull'AIDS ed altre malattie infettive trasmissibili e di averne compreso compiutamente il significato, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande, in esso contenuto, di essere consapevole che le informazioni sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono **un elemento fondamentale per la propria sicurezza** e per la sicurezza, del ricevente il sangue donato, di aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla 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, di tempo previsto per la procedura di donazione proposta, di sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive alla donazione, non svolgere attività o hobby rischiosi. Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale, al trattamento dei propri dati personali e sanitario.

 \_\_\_\_\_  
 DATA

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL CANDIDATO DONATORE

Parte B  
ESAME OBIETTIVO

.....  
.....  
.....  
.....

Parte C  
REQUISITI FISICI PER L'ACCETTAZIONE DEL CANDIDATO DONATORE

Sangue Intero.

Eta ..... Peso (kg) ..... Pressione Arteriosa (mmh) max ..... min .....  
Frequenza (batt/min) ..... Emoglobina (g/dl) ..... Ematocrito (%) .....

Emocomponenti.

Eta ..... Peso (kg) ..... Pressione Arteriosa (mmh) max ..... min .....  
Frequenza (batt/min) ..... Emoglobina (g/dl) ..... Ematocrito (%) .....  
Protidemia (g%) ..... Quadro elettroforetico ..... Piastrine (/mmc) .....  
PT (%) ..... PTT (sec) ..... Leucociti (/mmc) .....  
Volume complessivo emocomponenti raccolti (ml) .....  
Hb post-donazione (mmc) .....  
Piastrine post-donazione (mmc) .....

Altri esami a giudizio del medico

ECG .....  
Rx Torace .....  
Altro .....

Parte D  
GIUDIZIO IDONEITÀ

Idoneo alla donazione di .....  
Volume proposto per la donazione (ml) .....  
Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi .....  
.....  
.....  
Periodo di sospensione .....  
Prossimo controllo .....  
Sospeso definitivamente per i seguenti motivi .....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Firma del medico responsabile della selezione