



AZIENDA SANITARIA LOCALE "SALERNO 1"

Cod. Fisc e Part. IVA: 03023020658 - 84014 NOCERA INFERIORE (SA)

OSPEDALI RIUNITI

U. O. di MEDICINA TRASFUSIONALE

Direttore: Dott.ssa M. SCHIAVO

MODULO DI ACCETTAZIONE E CONSENSO ALLA DONAZIONE

Etichetta modulo
Modulo

Sig./ra Doc. di riconoscimento

Data di nascita Luogo di nascita

F M Comune di residenza

Indirizzo

Recapito telefonico

Professione Associato N° Tessera:

Donazione a favore di

Ricoverato presso la Div. di Ospedale

Da compilare a cura del donatore scrivendo in modo chiaro e leggibile, preferibilmente in stampatello.

N. donazioni effettuate Data ultima donazione presso

Emogruppo O A B AB Rh + - Kell + - Fenotipo

Note anamnestiche rilevanti

Valutazione delle condizioni di salute del candidato donatore

Giudizio di idoneità

Idoneo alla donazione di

Non idoneo temporaneamente per il seguente motivo

Non idoneo permanente per il seguente motivo

Requisiti fisici per l'accettazione del candidato donatore

Sangue intero

Età - Peso Kg. - P.A. / mmHg - F.C. - Hb g/dl - Hct %

Emocomponenti

Età - Peso Kg. - P.A. / mmHg - F.C. - Hb g/dl - Hct %

PLT x10³/μl - WBC x10³/μl - Prot Tot. - Alb

PT % - APTT sec. - Fibr Vol. Emocomponenti raccolti ml

Hb post-donazione g/dl PLT post-donazione x10³/μl

Data Firma del medico

Gruppo	Rh	VES	AST	ALT
		Fenotipo	Kell	Cellano
		Anticorpi irregolari		D ^u
VDRL	TPHA	IgG Sifilide	HbsAg	
HIV Ab	HCV Ab	NAT (HIV-HCV-HBV)		
IDONEO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Firma del medico

A cura del medico

QUESTIONARIO

- 1) È attualmente in buona salute?.....
- 2) Ha sofferto o soffre di malattie allergiche, autoimmuni, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, osteoarticolare, tumori traligni, 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?.....
- 3) Ha avuto gravidanze o interruzione di gravidanze?..... Quando?.....
- 4) È in gravidanza?.....
- 5) Ha mai donato il sangue?..... Quando?..... Dove?.....
- 6) Ha ricevuto le analisi SI NO Erano nella norma SI NO
- 7) Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?.....
- 8) Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici?.....
- 9) Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?.....
- 10) Ha sofferto di febbri di natura ignota?.....
- 11) Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?.....
- 11) È dedito all'alcool?.....
- 12) È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?..... Quale?..... Quando?.....
- 13) Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?.....
- 14) Ha mai assunto sostanze stupefacenti?.....
- 15) Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive?.....
- 16) È mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?.....
- 17) Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS?.....
- 18) In famiglia vi sono stati casi di malattie di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?.....
- 19) Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?.....
- 20) Ha fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero?..... Dove?.....
Quando?..... Per quanto tempo?.....
- 20) È stato in precedenza giudicato non idoneo alla donazione del sangue?.....
- 21) È mai stato sottoposto a trapianto d'organi, di tessuti o di cellule?..... Quando?.....

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:

- 22) È stato sottoposto ad interventi chirurgici?..... Quale?..... Quando?.....
- 23) Ha effettuato indagini endoscopiche?.....
- 24) Ha effettuato terapie che comportino l'uso di catetere?.....
- 25) Ha effettuato cure odontoiatriche?.....
- 26) Si è sottoposto a tatuaggi?.....
- 27) Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo?.....
- 28) Si è sottoposto ad agopuntura?.....
- 29) È stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?.....
- 30) Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?.....
- 31) È stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue?.....
- 32) Ha attività o hobby rischiosi?..... Quale?.....
- 33) Da quante ore è digiuno?.....

Firma del Medico.....

Firma del donatore.....

Consenso alla donazione e al trattamento dei dati personali

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 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 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 svolgerà attività o hobby rischiosi.

Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Data.....

Firma del donatore.....