



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio
Unità Operativa di Immunoematologia Trasfusionale

MODULO DI ACCETTAZIONE E CONSENSO ALLA DONAZIONE

(Decreto Ministeriale 03 marzo 2005)

Gentile Donatrice/Donatore,

Le chiediamo di leggere e di compilare con attenzione il questionario che segue e di consegnarlo al medico al **momento della visita**. La compilazione di questo documento corrisponde a un **obbligo di legge**, volto a tutelare la salute sia del donatore che del ricevente. Anche la scelta delle domande e la loro formulazione discende direttamente dalla normativa.

In modo particolare, La preghiamo di prendere visione dei criteri di **autoesclusione** dalla donazione e di decidere di conseguenza, quando esista il dubbio di aver assunto comportamenti a rischio di contagio di infezioni trasmissibili con il sangue, come l'epatite virale, l'AIDS, la sifilide. Queste infezioni possono avere un lungo periodo di incubazione, senza apparenti sintomi, prima di essere evidenziati dagli esami sul sangue (periodo finestra). **La tossicodipendenza, i rapporti sessuali occasionali con partner diversi, soprattutto se sconosciuti, l'accompagnarsi con prostitute**, sono fattori importanti di possibile contagio. Se ricorrono condizioni di questo tipo, La preghiamo di **NON** donare il sangue. Se crede, potrà allontanarsi senza dover dare spiegazioni a nessuno, **AUTOESCLUDENDOSI** dalla donazione. Diversamente, se desidera delucidazioni, il medico è a sua disposizione. Nel caso la sua decisione maturi dopo aver effettuato il prelievo, potrà nuovamente accedere all'ambulatorio e informare il medico: il suo sangue non verrà impiegato nella più assoluta riservatezza.

A nome dei pazienti la ringraziamo per la sensibilità dimostrata e per aver compreso la grande importanza delle raccomandazioni sopra esposte

QUESTIONARIO

Sig.ra/Signata/o il

a..... e residente a..... via.....

E' attualmente in buona salute?.....No Si

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 sindrome influenzali,malattie cardiovascolari,ipertensione,malattie infettive,ittero e/o epatite,malattie renali,ematologiche,reumatiche,tropicali?.....No Si

Ha avuto gravidanza o interruzione di gravidanza?..... No Si
Quando?.....

E' in gravidanza.....No Si

Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico.....No Si

Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici?..... No Si

Ha notato perdita ingiustificata di peso negli ultimi tempi?.....No Si

Ha sofferto di febbri di natura ignota?.....No Si

Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?.....No Si

E' dedito all'alcool?.....No Si

E' stato recentemente sottoposto a vaccinazione?.....No Si
Quale?.....Quando?.....

Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS,l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?.....No Si

Ha mai assunto sostanze stupefacenti.....No Si

Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive? No Si

E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?..... No Si

Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C o per AIDS?.....No Si

In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare Mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?.....No Si

Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?.....No Si

Ha recentemente fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero?..... No Si
Dove?.....Quando?.....Per quanto tempo.....

Ha soggiornato nel Regno Unito(Inghilterra, Scozia, Irlanda ,Galles) per un periodo di oltre sei mesi tra il 1980e il 1996.....No Si

Le è mai stato indicato di non donare sangue?.....No Si

E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o di cellule?.....No Si
Quando?.....

DALL'ULTIMA DONAZIONE E COMUNQUE NEGLI ULTIMI QUATTRO MESI

E' stato sottoposto ad interventi chirurgici?.....No Si
Quale?.....Quando?.....

Ha effettuato indagini endoscopiche?..... No Si

Ha effettuato procedure che comportino l'uso di catetere?.....No Si

Ha effettuato cure odontoiatriche?.....No Si

Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo?.....No Si

Si è sottoposto ad agopuntura?.....No Si

E' stato sottoposto a trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di emoderivati?.....No Si

Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?.....No Si

E' stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue?.....No Si

Ha attività o hobby rischiosi?.....No Si

Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto.....

Firma del medico che effettua la visita

Firma del candidato donatore

Firma del medico prelevatore

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 dal 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 dalle normativa vigente.

Data.....

Firma del donatore

.....