


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p>DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA</p> <p>Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale</p>	<p>MOD-18 Rev. 01</p> <p>DATA: 16-05-2016</p>
<p align="center">MODULO Questionario Donatori</p>		

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

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Art.13 Decreto Legislativo 196/2003), La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla 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. In particolare, materiale residuo proveniente dalla donazione (campioni ematici/unità di emocomponenti) potrà essere indirizzato a Sedi istituzionali di ricerca per studi su cellule o su plasma : sulla fisiologia e patofisiologia delle differenti sottopopolazioni di leucociti circolanti ottenute da sangue periferico di soggetti sani; sull'interazione tra cellule ematiche o proteine plasmatiche e tessuti, biomateriali, batteri; sull'utilizzo di una matrice plasmatica neutra per test di farmacocinetica clinica.

Tali campioni/unità saranno etichettati soltanto con un codice numerico; il Servizio Trasfusionale conserverà la correlazione fra dati anagrafici e codice informatico del campione/unità, protetti da password in locali ad accesso limitato, così che i ricercatori non possano risalire alla Sua identità.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è 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.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.

a) i dati conferiti verranno trattati da personale esercente la professione sanitaria vincolato all'obbligo del segreto professionale e da personale amministrativo per finalità amministrative correlate a quelle di cura e di rilascio di copia della documentazione sanitaria, formalmente denominati "Incaricati del trattamento", mentre "Responsabile del trattamento" è il Direttore dell'Unità Operativa presso il quale l'interessato si trova ricoverato;

b) il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia;

Il sottoscritto/a _____ Nato/a _____
 il _____ residente in Via _____, n. _____
 Città _____ CAP: _____
 recapiti telefonici _____
 e-mail (facoltativo) _____

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

accenso **non accenso**

al trattamento dei miei dati personali e sensibili

Data _____ Firma del donatore _____

Ai sensi DM Salute 2 novembre 2015

Data ultima donazione.....

1, Stato di salute progressivo (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)

N.B. Barrare la risposta corretta

- E' mai stato ricoverato in ospedale?..... SI NO
Se si perchè?
- E' stato mai affetto da:
 - malattie autoimmuni, reumatiche osteoarticolari SI NO
 - malattie infettive, tropicali, tubercolosi..... SI NO
 - ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari SI NO
 - malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici SI NO
 - Se si quali?
 - malattie respiratorie SI NO
 - malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero..... SI NO
 - malattie renali SI NO

 - malattie del sangue o della coagulazione..... SI NO

 - malattie neoplastiche (tumori)..... SI NO
 - diabete SI NO
- Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza? SI NO
- Ha mai avuto shock allergico?..... SI NO
- Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazioni di medicinali derivati dal sangue?..... SI NO
Se si quali? Quando?
- E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule? SI NO
Se si quale?
- In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob (malattia della mucca pazza)..... SI NO
- Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?..... SI NO
- E' vaccinato per l'epatite B?..... SI NO
- I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico? SI NO
Se si quale?
- Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? SI NO
- E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? SI NO

2. Stato di salute attuale

- E' attualmente in buona salute? SI NO
- Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute..... SI NO
Se no, quali malattie ha avuto e quando?
- Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?..... SI NO
- Ha attualmente manifestazioni allergiche?..... SI NO
- Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?..... SI NO
- Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?..... SI NO
- Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?..... SI NO
- Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?..... SI NO
- Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?..... SI NO

3. Solo per le donatrici

- E' attualmente in gravidanza? SI NO
- Ha partorito negli ultimi 6 mesi? SI NO
- Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? SI NO

4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

- Ha assunto o sta assumendo:
- | | | |
|--|----|----|
| farmaci per prescrizione medica | SI | NO |
| Se si quali? | | |
| farmaci per propria decisione | SI | NO |
| sostanze, integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata | SI | NO |
- Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?
- E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?.....
- Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?.....
- Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti

5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

- Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili? ..
- Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmissibili?.....
- Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?.....
- Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?.....
- Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?
- Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?...
- Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi ha cambiato partner?
- Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):
- | | | |
|---|----|----|
| con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS? | SI | NO |
| con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali? | SI | NO |
| con un partner occasionale? | SI | NO |
| con più partner sessuali? | SI | NO |
| con soggetti tossicodipendenti? | SI | NO |
| con scambio di denaro o droga? | SI | NO |
| 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? | SI | NO |
- Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi:
ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e/o dell'epatite C?
- E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia esofagogastroduodenoscopia, artroscopia, ecc.)?

Si è sottoposto a:

- a) somministrazione di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe e/o 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
- Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?
- E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?

Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la 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.

6. Soggiorni all'estero/province italiane

- E' nato, ha vissuto o vive all'estero?
- Se si, in quale paese/i?.....
- Negli ultimi 6 mesi ha viaggiato all'estero, fuori d'Europa?
- Se si, in quale paese/i?.....
- Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?
- Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in paesi esteri o in altre province italiane a rischio di malattia da West Nile Virus (vedi elenco allegato)?.....
- Se si, dove?

- Ha soggiornato negli Stati Uniti e/o Canada di recente?..... SI NO
Se si, quando?.....

7. Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara di:

- aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti
- aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alla epatite B, alla epatite C e all'AIDS
- aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato 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 di prelievo proposta
- essere stato posto in condizioni di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta
- sottoporsi volontariamente alla donazione
- non svolgere attività professionali o sportive di particolare rischio nelle 24 ore successive alla donazione

acconsento alla donazione **non acconsento alla donazione**

- autorizzare la conservazione/utilizzo di componenti o materiale biologico residuo derivato dalla donazione per le finalità di ricerca descritte nell'informativa.

acconsento **non acconsento**

Firma del Donatore..... **Data**

REQUISITI PER L'ACCETTAZIONE DEL DONATORE

Pressione arteriosa (mm. Hg) max..... min..... Peso Kg.....

Sangue intero:
Emoglobina (g / dl)

Plasma da aferesi:
Emoglobina (g / dl)

Giudizio di idoneità: Il donatore risulta

- Idoneo a donare il seguente emocomponente:

Tipo Volume.....

- Escluso Temporaneamente Motivo.....

Durata.....

- Escluso Permanentemente Motivo.....

Medico che ha raccolto il consenso e valutato l'idoneità alla donazione:

Cognome e nome _____

Qualifica _____

Data _____

Firma _____