

NUOVO DONATORE

Azienda
U.L.S.S. 15
"Alta
Padovana"

Regione del Veneto

Unità Operativa Autonoma
TRASFUSIONALE E DI IMMUNOLOGIA

Direttore: dott.ssa Giorgina Maria Vaselli

P.O. di Camposampiero

Tel. 049.932.48.52

P.O. di Cittadella

Tel. 049.942.48.77

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE E/O EMOCOMPONENTI
(D.M. 03/03/05 - Allegato n° 2)

Sig. nato a il/...../..... Sesso M F
Residente a Via Tel.
Codice fiscale (solo per i nuovi donatori)

QUESTIONARIO DA COMPILARE PRIMA DELLA DONAZIONE

- 1) E' attualmente in buona salute SI NO
 - 2) Ha letto e compreso le informazioni sull' AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili (Materiale educativo "La Donazione di Sangue Omologa")? SI NO
 - 3) Ha sofferto delle comuni malattie dell'infanzia? NO SI, Quali?.....
 - 4) 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 Specificare
 - 5) Sta facendo terapie farmacologiche, ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina, altri analgesici?..... NO SI
 - 6) E' in cura dal suo medico? NO SI 7) E' stato sottoposto recentemente a medicazioni? NO SI
 - 8) Ha notato perdita ingiustificata di peso negli ultimi tempi?..... NO SI
 - 9) Ha sofferto di febbri di natura ignota? NO SI 10) Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?.. NO SI
 - 11) E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? NO SI Quale?..... Quando?.....
 - 12) E' mai risultato positivo ai tests per l' Epatite B e/o C e per l' AIDS?..... NO SI
 - 13) Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive NO SI
 - 14) Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai tests per l' Epatite B e/o C e/o per l' AIDS? NO SI
 - 15) E' dedito all'alcool? NO SI 16) Ha mai assunto sostanze stupefacenti?..... NO SI
 - 17) E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, di tessuti, di cellule, di cornea o di dura madre?..... NO SI
 - 18) In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?..... NO SI
 - 19) Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?..... NO SI
 - 20) Dove ha vissuto (negli ultimi tre anni)?.....
 - 21) Ha fatto viaggi e ha soggiornato all'estero? NO SI Dove?..... Quando?..... Per quanto tempo?.....
 - 22) Ha soggiornato nel Regno Unito per oltre sei mesi complessivi negli anni dal 1980 al 1996? NO SI
- Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:**
- 23) E' stato sottoposto ad interventi chirurgici? NO SI Quale?..... Quando?.....
 - 24) Ha effettuato indagini endoscopiche? NO SI Quale?..... Quando?.....
 - 25) Ha effettuato procedure che comportino l'uso di catetere? NO SI Quale?..... Quando?.....
 - 26) Ha effettuato cure odontoiatriche NO SI Quale?..... Quando?.....
 - 27) Si è sottoposto ad agopuntura, o tatuaggi, o foratura delle orecchie o di altra parte del corpo? NO SI Quando?.....
 - 29) E' stato sottoposto a trasfusioni di sangue o emocomponenti o a somministrazione di emoderivati? NO SI Quando?.....
 - 30) Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? NO SI Quando?.....
 - 31) E' stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue? NO SI Quando?.....
 - 32) Le è mai stato indicato di non donare sangue?... NO SI Specificare.....
 - 33) Ha attività o hobby rischiosi? NO SI Quale?.....
Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto?.....
- Per le donne:**
- 34) Ha avuto gravidanza o interruzioni di gravidanza? NO SI Quando?.....
 - 35) E' in gravidanza? NO SI

Sede di raccolta: Camposampiero Cittadella Campo San Martino

Firma del candidato Donatore Firma del Sanitario

PARTE COMPILATA A CURA DEL MEDICO

Parte B - Valutazione delle condizioni di salute del candidato donatore

Debitazione	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ipnutrizione	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Edemi	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Anemia	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Ittero	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Cianosi	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Dispnea	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Instabilità mentale	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Intossicazione alcolica	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Uso di stupefacenti	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Abuso di farmaci	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Altro	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Note anamnestiche rilevanti/ricordo anamnestico

.....

.....

Parte C - Requisiti fisici per l'accettazione del candidato donatore

Età Peso (Kg) Pressione arteriosa (mmHg) max.....min..... Frequenza (batt/min).....

Emoglobina (g/dl) Ematocrito (%)

Altri esami a giudizio del Medico ECG Rx torace Altro.....

(Altri parametri di controllo del Donatore e/o della procedura: vedi cartella clinica/gestionale/scheda procedura)

Parte D - Giudizio Idoneità

Idoneo alla donazione di : Sangue intero (mL) Piastrinoaferesi (mL)

Plasmaferesi (mL) Multicomponenti tipo.....(mL).....

Plasmapiastrinoaferesi (mL) Altro (mL)

Sospeso temporaneamente Per i seguenti motiviFino a

Prossimo controllo.....

Sospeso definitivamente dalle donazioni per i seguenti motivi

Firma del Medico responsabile della selezione

Parte E - Consenso informato 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

Parte F - Esami obbligatori ad ogni donazione e controlli periodici

Esami obbligatori ad ogni donazione..... (vedi cartella clinica/gestionale)

Esami immunoematologici..... (vedi cartella clinica/gestionale)

Esami per il donatore periodico..... (vedi cartella clinica/gestionale)