



**Capitolo 17 A1: Questionario medico e consenso informato**

**Questionario medico**

Numero di donazione

Ha letto il **foglio informativo per i donatori di sangue** e ritiene di essere idoneo a donare il suo sangue. La ringraziamo se vorrà ora rispondere con la massima sincerità alle domande che seguono segnando con una croce la casella corrispondente. Contribuirà così a garantire la sua propria sicurezza e quella dei pazienti che riceveranno il suo sangue. Voglia infine confermare con la sua firma che ha preso conoscenza del foglio informativo per i donatori di sangue e che acconsente oggi a donare il suo sangue.

	Si	No	Visto
1. Ha già donato sangue? Se sì, quando l'ultima volta? _____ Dove? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Il suo peso è di almeno 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Si ritiene attualmente in buona salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Nelle ultime 72 ore ha subito un trattamento dentario o di igiene dentaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto delle cure mediche o ha avuto febbre oltre 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Nel corso delle ultime 4 settimane ha utilizzato farmaci - anche senza prescrizione medica - (ad es. pastiglie, iniezioni, supposte? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Nel corso delle ultime 4 settimane ha fatto uso di medicinali contro l'iperplasia prostatica o caduta di capelli (ad es. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® o Proscar®) o contro l'acne (ad es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Toctino®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Nel corso degli ultimi 12 mesi fatto uso di Neotigason® o di Acicutan (psoriasis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) È stato sottoposto ad una immunoterapia (cellule o siero di origine umana o animale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato(a) vaccinato(a) contro la rabbia, l'epatite B, il tetano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) sottoposto(a) ad altre vaccinazioni? Quali? _____ Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Soffre o ha sofferto in passato di una delle malattie o dei sintomi seguenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Malattie cardiache/circolatorie o polmonari (ad es. ipertensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, perdite di coscienza).?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Malattie della pelle (ad es. ferite, eruzioni, eczemi) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Altre malattie? (diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Nel corso degli ultimi 12 mesi o dopo la sua ultima donazione di sangue ha <input type="checkbox"/> sofferto di una malattia? <input type="checkbox"/> avuto un incidente? <input type="checkbox"/> subito una operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Ha ricevuto un trapianto d'organo o di tessuto umano o animale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Lei/un membro della sua famiglia è o è stato affetto dalla malattia di Creutzfeldt-Jakob? Si prega di segnalarlo anche se esiste solo il dubbio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Ha soggiornato tra il 1.1.1980 ed il 31.12.1996, per una durata di 6 mesi o più nel Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole Normanne, Gibilterra e Isole Falkland)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Ha ricevuto una trasfusione di sangue dopo il 1.1.1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 6 mesi? a) Se sì, dove? _____ Da quando è ritornato? _____ b) Ha accusato dei sintomi (ad es. febbre) sul posto o dopo il ritorno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, precisare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) È nato(a) in un paese extraeuropeo, è cresciuto(a) lì o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____ Si sì, da quando vive in Europa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Sua madre è nata in un paese extraeuropeo, è cresciuta lì o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a) Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie: <input type="checkbox"/> Tubercolosi, <input type="checkbox"/> Borreliosi, <input type="checkbox"/> Brucellosi, <input type="checkbox"/> Infezione ossea, <input type="checkbox"/> Tifo, <input type="checkbox"/> Febbre Q, <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi, <input type="checkbox"/> Babesiosi, <input type="checkbox"/> malattia di Chagas, <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Leishmaniosi? Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ  
TRANSFUSION CRS SUISSE  
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Kapitel

**Capitolo 17 A1: Questionario medico e consenso informato**

	Si	No	Visto
b) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato punto(a) da una zecca o è stato(a) in contatto con una persona che soffre di una malattia infettiva? Se sì, precisare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> un tatuaggio, <input type="checkbox"/> una gastro-, coloscopia <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura, <input type="checkbox"/> una depilazione con aghi, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> un maquillage permanente, <input type="checkbox"/> un contatto con sangue estraneo (ferita con una puntura d'ago, spruzzi di sangue negli occhi, nella bocca o un'altra parte del corpo)? Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. a) Ha in passato sofferto di un ittero (epatite) o di un test positivo per l'epatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Qualcuno della sua famiglia, o della sua cerchia di amici, oppure il(la) suo(a) partner sessuale abituale ha sofferto di un ittero (epatite) nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Si è esposto ad una delle situazioni a rischio seguenti? a) Cambiamento del partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi o rapporti sessuali con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi (rapporti protetti o no) b) Nel corso degli ultimi 5 anni, soggiorno durante almeno 6 mesi in un paese la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS) c) Rapporti sessuali tra uomini a partire dal 1977 d) Rapporti sessuali dietro remunerazione a partire dal 1977 e) Iniezione di droghe attualmente o in passato f) Test positivo per la SIDA (AIDS), la sifilide o le epatiti B e C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Ha avuto, nel corso degli ultimi 12 mesi, dei rapporti sessuali con dei(delle) partner esposti(e) a una delle situazioni a rischio menzionate al punto 16 o che hanno ricevuto trasfusioni di sangue in paesi la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Concerne unicamente le donne</b>			
18. a) È già stata incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____			
19. Ha ricevuto delle iniezioni di ormoni a causa di una sterilità prima del 01.01.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Da completarsi da parte del SRTS CRS:**

Osservazioni Domanda \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Domanda \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Domanda \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

► Questionario controllato Data: \_\_\_\_\_ Visto STS: \_\_\_\_\_

► Idoneità alla donazione di sangue Si   
No  Motivo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Visto STS: \_\_\_\_\_

**Formulario di consenso informato da completare e firmare da parte del(la) donatore(trice) di sangue:**

- Acconsento con la presente a donare il mio sangue.
- Confermo con la mia firma di aver letto e compreso tutte le informazioni del foglio informativo per donatori di sangue (F005) e che mi sono state fornite tutte le spiegazioni necessarie.
- Confermo che i miei dati personali sono corretti e di aver risposto in tutta coscienza al questionario.
- So che il sangue che io dono viene sottoposto a dei test biologici che possono comportare, se necessario, delle tecniche genetiche e che un campione del mio sangue sarà conservato per eventuali controlli secondo la legge sui prodotti terapeutici. Accetto di essere informato sui risultati in caso di anomalia.
- Sono a conoscenza che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.
- Acconsento che la mia donazione o alcuni suoi componenti siano utilizzati per la ricerca medica dopo anonimizzazione definitiva.
- Sono consapevole che queste informazioni sottostanno al segreto medico e che tutti i dati sono utilizzati esclusivamente da parte della Trasfusione CRS Svizzera (T-CH CRS) e da parte dei Servizi Trasfusionali Regionali CRS (SRTS CRS).

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

***IDENTITÀ & ALTRE INFORMAZIONI (Dati regionali)***