



Sede legale: Corso Bramante 88/90 – 10126 – Torino – P.IVA/Cod.Fiscale: 10771180014
Centralino: +39.011.633.1633 / +39.011.313.4444

Questionario anamnestico

Dati del donatore:

Cognome/Nome
Data di nascita Luogo di nascita Prov.
Sesso Nazionalità Codice fiscale

1. Stato di salute pregresso (Questa sezione può essere omessa per il donatore periodico, che ha effettuato almeno una donazione negli ultimi 2 anni)

	Si	No
1.1 E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 E' stato mai affetto da:		
1.2.1 malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.2 malattie infettive, tropicali, tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.3 ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.4 malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.5 malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.6 malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.7 malattie renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.8 malattie del sangue o della coagulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.9 malattie neoplastiche (tumori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.10 diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.11 Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Ha mai avuto shock allergico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 E' vaccinato per l'epatite B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Stato di salute attuale

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

3. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

	Si	No
3.1 Ha assunto o sta assumendo:		
3.1.1 farmaci per prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.2 farmaci per propria decisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.3 sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4. Solo per le donatrici** Si No
- 4.1 E' attualmente in gravidanza?
- 4.2 Ha partorito negli ultimi 6 mesi?
- 4.3 Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?

- 5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione** Si No
- 5.1 Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili?
- 5.2 Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?
- 5.3 Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?
- 5.4 Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?
- 5.5 Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?
- 5.6 Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?
- 5.7 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?
- 5.8 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):
- 5.8.1 con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS
- 5.8.2 con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali
- 5.8.3 con un partner occasionale
- 5.8.4 con più partner sessuali
- 5.8.5 con soggetti tossicodipendenti
- 5.8.6 con scambio di denaro o droga
- 5.8.7 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?
- 5.9 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:
- 5.9.1 Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e/o dell'epatite C? .
- 5.9.2 E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc)?
- 5.9.3 Si è sottoposto a :
- a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili
- b) agopuntura con dispositivi non monouso
- c) tatuaggi
- d) piercing o foratura delle orecchie
- e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati
- 5.9.4 Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?
- 5.9.5 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 sua 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** Si No
- 6.1 E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i Paese/i.....
- 6.2 I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?
- 6.3 Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?
- 6.4 E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?
- 6.5 Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?
- 6.6 Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? Se sì, dove.....

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato 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 di chi riceverà il sangue donato.

Sono inoltre a conoscenza del fatto di poter richiedere in qualsiasi momento, al personale Medico addetto alla raccolta, che il sangue da me donato non venga utilizzato.

Data Firma del donatore.....

Mod.4167 Serv. Tip. Int. Molinette (Agosto 2018) Firma del sanitario.....