



## NOTE INFORMATIVE SU AIDS, EPATITE VIRALE E SIFILIDE

Caro Amico Donatore, esistono malattie infettive come AIDS, epatite e sifilide che possono essere trasmesse anche mediante la trasfusione di sangue. Alcune abitudini di vita o situazioni occasionali espongono maggiormente al rischio di contrarre tali infezioni e quindi trasmetterle. Poiché i test di laboratorio non sono sempre in grado di identificare i soggetti che si sono infettati di recente, è **NECESSARIO ESCLUDERE DALLA DONAZIONE** (in modo temporaneo o definitivo) **I SOGGETTI ESPOSTI A TALI RISCHI**, I principali criteri di esclusione sono qui riportati:

- + Assunzione di droghe o alcool
- + Assunzione di steroidi o ormoni a scopo di body building
- + Rapporti sessuali con persone sconosciute o dedite alla prostituzione, con partner multipli o con persone infettate da virus dell'epatite o HIV o affetti da sifilide

Chi effettua la donazione di sangue o dei suoi emocomponenti compie un atto generoso di profondo significato umano; pertanto se ha solo il **DUBBIO** di essere in una delle condizioni sotto menzionate **DEVE astenersi dalla donazione**. Nel caso che **successivamente alla donazione** abbia ricordato una condizione di rischio **DEVE comunicarlo tempestivamente al Medico del Centro Trasfusionale**, il quale provvederà a garantire l'**assoluta confidenzialità e riservatezza sia dell'informazione sia dell'eliminazione dell'unità donata**, anche in caso di negatività dei test di laboratorio (che verranno comunque eseguiti).

Il colloquio con il Medico del Centro Trasfusionale, **vincolato al più rigoroso segreto professionale e di ufficio**, potrà aiutarla a chiarire e valutare meglio possibili esposizioni a rischi ed eventuali dubbi. Inoltre è anche possibile, durante il colloquio, concordare con il medico, in assoluta riservatezza e confidenzialità, l'eliminazione **prudenziale dell'unità che verrà donata**. **Prima di donare dovrà perciò compilare un questionario che trova di seguito in questo modulo ed essere sottoposto ad alcuni accertamenti, con i quali il medico potrà verificare la sua idoneità a donare, evitando che questo suo gesto generoso possa recare danno a Lei o a chi riceve il suo sangue.**

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO – (barrare con una X la risposta)

#### A QUESTE DOMANDE DEVONO RISPONDERE SOLO I DONATORI ALLA PRIMA DONAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA

##### 1. Stato di salute pregresso

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

#### ALLE DOMANDE CHE SEGUONO DEVONO RISPONDERE TUTTI I DONATORI AD OGNI DONAZIONE

##### 2. Stato di salute attuale

- 2.1. E' attualmente in buona salute? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 2.6. Si e' rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 2.8. Nell'ultima settimana si e' sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? .....  SI  NO \_\_\_\_\_

- 2.9. Nelle ultime 4 settimane e' venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 2.10. Svolge attivita' lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi? .....  SI  NO \_\_\_\_\_

### 3. Solo per le donatrici

- 3.1. E' attualmente in gravidanza? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? .....  SI  NO \_\_\_\_\_

### 4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

- 4.1. Ha assunto o sta assumendo:
- 4.1.1. farmaci per prescrizione medica .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 4.1.2. farmaci per propria decisione .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attivita' sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 4.2 Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 4.3 E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 4.4 Ha abusato o abusa di bevande alcoliche? .....  SI  NO \_\_\_\_\_

### 5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili.....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.3. Ha l'AIDS o e' portatore del virus HIV o crede di esserlo? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.4. Il suo partner e' portatore del virus HIV o crede di esserlo? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.5. Ha l'epatite B o C o e' portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o e' portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? ...  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 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 .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.8.3. con un partner occasionale .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.8.4. con piu' partner sessuali .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.8.6. con scambio di denaro o droga .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.8.7. con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS e' una malattia diffusa e del quale non e' noto se sia o meno sieropositivo? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 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 dell'epatite C? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.9.2. E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc)? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.9.3. Si e' 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 plasma derivati? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.9.4. Si e' ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 5.9.5. E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ? .....  SI  NO \_\_\_\_\_

**Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non puo' 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

- 6.1. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? .....  SI  NO \_\_\_\_\_  
Se si', in quale/i Paese/i \_\_\_\_\_
- 6.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 6.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 6.4. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro? .....  SI  NO \_\_\_\_\_
- 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)? .....  SI  NO \_\_\_\_\_  
Se si, dove \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI  
MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE**

Il sottoscritto come meglio identificato alla pagina 1 di codesto modulo, **dichiara di:**

- **aver preso visione del 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, **e di averne compreso il significato**
- **aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente 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 donazione proposta;**
- **essere stato posto in condizione 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 e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi**
- **aver precedentemente fornito il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili come da sottoscrizione alla pagina 1 del presente modulo**
- essere stato informato sui test che saranno eseguiti (in particolare HBsAg per l'epatite B, anti-HCV per l'epatite C, anti-HIV per l'AIDS, test per la sifilide);
- sapere che è possibile in riservatezza (telefonando allo 0322.848357) non fare utilizzare la propria donazione

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_

**Parte riservata operatori SIMT - SI OMETTE SE IL CONSENSO VIENE RACCOLTO DALLO STESSO MEDICO ADDETTO ALLA SELEZIONE**

Operatore sanitario che ha raccolto il consenso:      Cognome \_\_\_\_\_      Nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_      Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_      Firma \_\_\_\_\_

**Riservato al medico addetto alla selezione**

Età:       Peso (kg)       Pressione arteriosa (mmHg) max:       min:

Frequenza (batt/min)       Hb:       Eventuali altri parametri: \_\_\_\_\_

Valutazione delle condizioni di salute del donatore: \_\_\_\_\_

Note anamnestiche rilevanti / raccordo anamnestico: \_\_\_\_\_

**Il donatore risulta**

Idoneo a donare il seguente emocomponente \_\_\_\_\_ VOLUME S.I. 450 ml o altro \_\_\_\_\_ VOLUME AFERESI 600 ml o altro \_\_\_\_\_

Escluso temporaneamente      motivo \_\_\_\_\_      Durata \_\_\_\_\_      Prossimo controllo \_\_\_\_\_

Escluso definitivamente      motivo \_\_\_\_\_

Valutazione eventuali accertamenti aggiuntivi:      ECG \_\_\_\_\_      RX Torace \_\_\_\_\_

Altri accertamenti \_\_\_\_\_

**Etichetta accettazione  
Donazione**

**Medico responsabile della selezione:**

Cognome \_\_\_\_\_      Nome \_\_\_\_\_

Raccolta consenso donazione: SI  NO       DATA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile della selezione \_\_\_\_\_