

# REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Dipartimento di Area Immuno-Trasfusionale

ETICHETTA

Sede:

- |                                      |                                    |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Udine       | <input type="checkbox"/> Tolmezzo  | <input type="checkbox"/> Latisana  |
| <input type="checkbox"/> Cividale    | <input type="checkbox"/> S.Daniele | <input type="checkbox"/> Palmanova |
| <input type="checkbox"/> Autoemoteca | <input type="checkbox"/> Gemona    |                                    |

Cognome..... Nome .....

Luogo e data nascita .....

Residente a.....CAP.....Via.....

Lavoratore autonomo (si/no)..... Tel..... e-mail.....

Indirizzo Iternativo/Domicilio.....

## QUESTIONARIO PER L'AMMISSIONE ALLA DONAZIONE

**La preghiamo di rispondere in modo veritiero;  
il personale è a Sua disposizione se non le fosse chiaro il senso di qualche domanda e per qualsiasi altra difficoltà.**

Tutte le informazioni da Lei fornite sono tutelate dal segreto professionale e dalla legge sulla privacy secondo i criteri esposti nella nota "Informativa e consenso al trattamento" a pagina 6 del presente questionario di cui è parte integrante.

### DONAZIONE DI SANGUE INTERO

La donazione di sangue intero consiste in un prelievo di 450 ml in circa 10 minuti.

Assieme alla donazione vengono eseguiti dei test di laboratorio per l'idoneità alla donazione e per la validazione dell'unità, comprensivi di test per la ricerca di epatiti B e C e dell'AIDS e sifilide. Possono venire eseguiti unicamente esami inerenti l'idoneità alla donazione.

Durante o dopo la donazione, il donatore può accusare cali della pressione arteriosa, stanchezza, e in rari casi svenimenti; si possono verificare reazioni avverse quali prelievo difficoltoso, ematomi, prelievo arterioso, interessamento di qualche terminazione nervosa. Si prega di avvisare subito il personale in caso di sintomi di qualunque tipo.

### DONAZIONE IN AFERESI

La donazione in aferesi viene eseguita tramite procedura extracorporea automatizzata affinché gli emocomponenti non implicati vengano restituiti al donatore. La donazione avviene con circuiti monouso e sterili. Anche la donazione multicomponente è un tipo di donazione in aferesi. La procedura impiega un tempo superiore alla donazione di sangue intero; in particolare una donazione di plasma dura, di media, circa 40 minuti; una donazione multicomponenti plasma-piastrine circa 45 minuti; una donazione multicomponente di emazie-plasma circa 20 minuti; una donazione di piastrine circa 1 ora.

Durante una donazione in aferesi si possono verificare gli stessi inconvenienti della donazione di sangue intero e con le stesse probabilità. Inoltre è possibile l'insorgenza di formicolii alle labbra o alle estremità determinati dall'anticoagulazione.

**La donazione di plasma è particolarmente consigliata alle donne in età fertile, ai donatori con carenza di ferro, ai donatori di gruppo B, AB, Kell positivo.**

Si prega di avvisare subito il personale in caso di sintomi di qualunque tipo.

### INFORMAZIONI AI DONATORI SULLE FINALITÀ DEL QUESTIONARIO – ANAMNESI E SULLE MALATTIE TRASMISIBILI (EPATITI E AIDS)

Le Donatrici ed i Donatori devono essere consapevoli che il sangue donato è un importante presidio terapeutico per la cura dei pazienti ai quali verrà trasfuso e pertanto sottoscrivendo il consenso alla donazione si assumono la responsabilità morale di garantire, per quanto di loro competenza, la sua sicurezza.

In particolare devono comprendere che alcuni comportamenti li espongono al rischio di infezioni trasmissibili col sangue tra le quali l'AIDS, sifilide e le epatiti:

- Rapporti omosessuali o eterosessuali con categorie a rischio (tossico-dipendenti, prostitute, o persone sconosciute) e/o in cambio di denaro;
- Rapporti sessuali con portatori di epatite o HIV/AIDS
- Frequente cambio del partner sessuale anche se protetti;
- Imbrattamento con sangue altrui di mucose o cute non integra.
- Uso di droghe per via endovenosa;

Le Donatrici e i Donatori si devono rendere conto perciò che le informazioni sono più importanti di qualsiasi test di laboratorio in quanto, seppur remota, esiste la possibilità che le indagini non siano in grado in una fase precoce di rilevare l'avvenuta infezione.

**In definitiva se - in tutta coscienza – le Donatrici e i Donatori riconoscono di essere incorsi in qualcuno dei comportamenti a rischio, sono invitati ad autoescludersi dalla donazione per almeno 4 mesi. In ogni caso, i medici del Servizio Trasfusionale sono disponibili per qualsiasi ulteriore chiarimento.**

<b>1) STATO DI SALUTE PREGRESSO (DA COMPILARE ALLA PRIMA DONAZIONE E SE NON HA DONATO NEGLI ULTIMI 2 ANNI)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NOTE</b>
1.1. È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? _____			
1.2. È stato mai affetto da:			
1.2.1. malattie autoimmuni, reumatologiche, osteoarticolari			
1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi			
1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari			
1.2.4. malattie neurologiche svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici			
1.2.5. malattie respiratorie			
1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero			
1.2.7. malattie renali			
1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione			
1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)			
1.2.10. diabete, malattie del metabolismo			
1.2.11. ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?			
1.3. Ha mai avuto uno shock allergico?			
1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di emoderivati? Se sì, quando?			
1.5. È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?			
1.6. In famiglia vi sono stati casi di Creutzfeld Jacob (cd "malattia della mucca pazza")?			
1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?			
1.8. È vaccinato per l'epatite B?			
1.9. Ha mai sofferto della sindrome della stanchezza cronica (CFS)?			
1.10. È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i paese/i?			
1.11. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America Centrale, dell'America del sud o in Messico?			
1.12. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo dal 1980-1996?			
1.13. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?			

<b>2) STATO DI SALUTE ATTUALE (DA COMPILARE SEMPRE)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NOTE</b>
2.1. È attualmente in buona salute?			
2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?			
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, herpes, morsi di zecche)?			
2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche?			
2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?			
2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?			
2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?			
2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto a contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre) ?			
2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o altrui salute o pratica hobby pericolosi?			
<b>3) SOLO PER LE DONATRICI (DA COMPILARE SEMPRE)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NOTE</b>
3.1. E' attualmente in gravidanza?			
3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi?			
3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?			
<b>4) FARMACI, VACCINI, SOSTANZE DI ABUSO (DA COMPILARE SEMPRE)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NOTE</b>
4.1 Ha assunto o sta assumendo:			
4.1.1 farmaci per prescrizione medica			
4.1.2 farmaci per propria decisione			
4.1.3 sostanze / integratori / principi attivi per attività sportiva e altri prodotti acquistati via internet o al di fuori della distribuzione autorizzata?			
4.2 Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?			
4.3 E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?			
4.4 Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?			
4.5 Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?			

<b>5) ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE (DA COMPILARE SEMPRE)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NOTE</b>
5.1 Ha letto e compreso le informazioni sull'HIV/AIDS, l'epatite virale e 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 o ha avuto l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?			
5.6 Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?			
5.7 Dall'ultima donazione e comunque <b>negli ultimi 4 mesi</b> ha cambiato partner?			
5.8 Dall'ultima donazione e <b>comunque negli ultimi 4 mesi</b> ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):			
5.8.1 con partner risultato positivo risultato positivo ai test 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 <b>comunque negli ultimi 4 mesi</b>			
5.9.1 Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori di epatite B e dell'epatite C?			
5.9.2 È stato sottoposto a: interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es. colonscopia, esofago-gastro-duodenoscopia, artroscopia, ecc.)?			
5.9.3 Si è sottoposto a:			
5.9.3.1 somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovena con siringhe/dispositivi non sterili			
5.9.3.2 agopuntura con dispositivi non monouso			
5.9.3.3 tatuaggi			
5.9.3.4 piercing o foratura delle orecchie			
5.9.3.5 somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati			
5.9.4 Si è ferito accidentalmente con una siringa o con altri strumenti contaminati dal sangue?			
5.9.5 È stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?			
<b>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.</b>			

<b>6) VIAGGI ALL'ESTERO e/o in PROVINCE ITALIANE (DA COMPILARE SEMPRE)</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NOTE</b>
6.1.	Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante il viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?			
6.2.	Negli ultimi 28 gg ha soggiornato anche per una sola notte in Paesi esteri o in altre province italiane (malattia trasmesse da vettori). Se sì, dove?			
6.3.	Ha fatto viaggi negli ultimi 12 (DODICI) mesi? Se sì, in quale Paese/Provincia			

### GIUDIZIO DI IDONEITA'

Il donatore risulta:		
<input type="checkbox"/> Idoneo a donare		
<input type="checkbox"/> Sospeso temporaneamente	<i>Motivo</i>	
	<i>Durata</i>	
<input type="checkbox"/> Sospeso definitivamente	<i>Motivo</i>	

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico selezionatore .....

Firma del donatore per presa visione (*solo in caso di sospensione*).....

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

Ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati, La informiamo che i suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge, inclusi i test per l'HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue, introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, compresi i test finalizzati ad indagini sierologiche e molecolari per dati genetici riferiti alle indagini gruppoematiche ed immunogenetiche, e verrà informato 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 dai dati.

L'indicazione del nome, cognome, 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 l'adozione delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. I suoi dati personali non saranno diffusi; 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, nonché ad altri Servizi Trasfusionali, nell'ambito della trasmissione e condivisione del segreto professionale, limitatamente agli elementi e alle operazioni indispensabili a svolgere l'attività di Medicina Trasfusionale, alle Organizzazioni di volontariato cui Lei è iscritto per i fini previsti dalle norme statutarie e dalle convenzioni col Sistema Sanitario Nazionale, limitatamente ai dati anagrafici, all'avvenuta donazione e al giudizio di idoneità/non idoneità, con l'esclusione del motivo e di ogni altro dato sensibile riguardante la Sua salute.

*“Titolare del trattamento è l’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, in persona del Direttore Generale p.t.. Il Responsabile per la Protezione dei Dati dell’ASUFC è contattabile all’indirizzo [rpd@asufc.sanita.fvg.it](mailto:rpd@asufc.sanita.fvg.it).*

*In ogni momento potrà esercitare, ai sensi degli articoli da 15 a 22 del GDPR, il diritto di: a. chiedere la conferma dell’esistenza o meno dei Suoi dati personali; b. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione; c. chiedere al Titolare del trattamento l’accesso ai dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione o l’opposizione al trattamento che la riguarda; d. proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Per esercitare i suddetti diritti, gli interessati possono inviare una richiesta scritta al Titolare, all’indirizzo e-mail [privacy@asufc.sanita.fvg.it](mailto:privacy@asufc.sanita.fvg.it), oppure al Data Protection Officer (DPO) all’indirizzo e-mail [rpd@asufc.sanita.fvg.it](mailto:rpd@asufc.sanita.fvg.it)”.*

*Si precisa inoltre che fanno parte della rete trasfusionale regionale anche le aziende sanitarie ASFO, ASUGI, CRO e BURLO e che ciascuna è Titolare del trattamento dei dati personali per l’ambito di competenza.*

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

***E' possibile chiedere, entro un tempo massimo di 24 ore, di eliminare l'unità donata, senza dover fornire spiegazioni e nel rispetto della tutela della privacy semplicemente comunicandolo alla segreteria telefonica che risponde al numero sotto indicato, adibito appositamente a questo scopo, dichiarando i dati anagrafici, data e luogo della donazione.***

<b>Centro Unico Regionale Produzione Emocomponenti (CURPE) – c/o Ospedale Palmanova</b>	<b>+390432921554</b>
---	----------------------

Io sottoscritto dichiaro di:

- di aver letto e compreso l' informativa al trattamento dei dati relativi alla donazione di sangue e di
  - acconsentire**       non acconsentire      **al trattamento dei dati personali e sensibili**

### **CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI**

Io sottoscritto dichiaro di:

- aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di \_\_\_\_\_ aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive con particolare riguardo all'HIV/AIDS e alle epatiti;
- 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 donazione proposta, nonché sull'effettuazione di test (sierologici e/o molecolari) che forniscono dati genetici, autorizzando la conservazione del materiale genetico (DNA), in forma anonima, dopo l'esecuzione del test per cui era stato estratto;
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- impegnarmi ad informare, nel più breve tempo possibile, sull'insorgenza di qualsiasi malessere (per esempio: febbre, tosse, influenza, vomito, diarrea ecc.) insorto dopo la donazione;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottopormi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerò attività o hobby rischiosi;
- essere a conoscenza che per la donazione di plasma in aferesi i volumi minimi devono essere almeno di 600 cc al netto dell'anticoagulante, mentre per la plasmapiastroaferesi la quantità di plasma deve essere di almeno 450 cc; essere a conoscenza che alle donne di peso inferiore ai 58kg, in caso di donazione di plasma verranno reinfusi cc 250 di soluzione fisiologica, al fine di mantenere la stabilità del volume sanguigno.
- Essere a conoscenza che la donazione di sangue è **ANONIMA** (il donatore non può conoscere l'identità di chi riceve e viceversa ), **GRATUITA** (non è remunerata) e **NON DEDICATA** (non è consentita la donazione per uno specifico ricevente).

- acconsentire**       non acconsentire      **alla donazione di sangue intero e/o emocomponenti in aferesi**

Data.....

Firma del donatore.....

Firma dell'operatore che ha raccolto il consenso.....