

<b>REGIONE FRIULIVENEZIA GIULIA</b>		ETICHETTA
Dipartimento Medicina Trasfusionale Area Vasta Udinese		
Sede: <input type="checkbox"/> Udine <input type="checkbox"/> Tolmezzo <input type="checkbox"/> Gemona		
<input type="checkbox"/> Cividale <input type="checkbox"/> San Daniele <input type="checkbox"/> Palmanova		
<input type="checkbox"/> Latisana		

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

Luogo e data nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_  Lavoratore autonomo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Cambio indirizzo  sì \_\_\_\_\_

**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 dalle leggi sulla privacy secondo i criteri esposti dalla nota "Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla donazione di sangue" 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. In caso di tali reazioni avverse contattare il servizio trasfusionale.

**DONAZIONE IN AFERESI**

La donazione in aferesi viene eseguita tramite procedura extracorporea automatizzata. La donazione ~~multicomponent~~ è un tipo di donazione in aferesi. Gli emocomponenti non implicati nella donazione vengono restituiti al donatore. La donazione avviene con circuiti monouso. La procedura impiega un tempo superiore alla donazione di sangue intero; in particolare una donazione di plasma dura, di media, circa 40 minuti nella donna, 50 nell'uomo; una donazione ~~multicomponent~~ plasma-piastriane circa 45 minuti; una donazione ~~multicomponent~~ emazia-plasma circa 20 minuti; una donazione di piastriane circa 1 ora. Durante una donazione in aferesi si possono verificare gli stessi inconvenienti della donazione di sangue intero e con le stesse probabilità, tranne che per la possibile insorgenza di sintomi soggettivi determinati dall'anticoagulazione consistenti in transitori formicolii alle labbra o alle estremità. 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.

**INFORMAZIONI AI DONATORI SULLE FINALITÀ DEL QUESTIONARIO - ANAMNESI E SULLE MALATTIE TRASMISSIBILI (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 appartenenti a categorie a rischio (tossico-dipendenti, prostituta, o persone sconosciute);
- Rapporti sessuali con portatori di epatite o AIDS;
- Frequente cambio del partner sessuale anche se protetti;
- Uso di droghe per via endovenosa;
- Rapporti sessuali in cambio di denaro;
- Imbrattamento con sangue altrui di mucose o cute non integra.

Il nuovo questionario per la donazione, aggiornato a novembre 2018, è disponibile sul sito aziendale [www.asuiud.sanita.fvg.it](http://www.asuiud.sanita.fvg.it) sotto il **dipartimento di medicina trasfusionale**, alla voce «**La bacheca del donatore di sangue**»

Indica la sede dove stai donando

Riporta i tuoi dati, i recapiti telefonici (o e-mail) sono importanti per contattarti in caso di necessità!

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.**

1) STATO DI SALUTE PREGRESSO (DA COMPILARE ALLA PRIMA DONAZIONE E SE NON HA DONATO NEGLI ULTIMI 2 ANNI)	SI	NO	NOTE
1.1. Emai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? _____			
1.2. E 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. Hamai avuto uno shock allergico?			
1.4. Hamai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di emoderivati? Se sì, quando? _____			
1.5. E 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. Evaccinato per l'epatite B?			
1.9. Hamai sofferto della sindrome della stanchezza cronica (CFS)?			
1.10. E 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?			

Dedica il tempo necessario alla compilazione, leggendo bene le domande, che tutelano la tua salute e quella del paziente che riceverà il tuo dono!  
**RICORDA CHE VA COMPILATO NON PRIMA DELLA SERA PRECEDENTE LA DONAZIONE E RICONTROLLATO QUANDO VAI A DONARE**

Compila in ogni parte il questionario, nel momento più vicino possibile alla donazione  
**N.B.: LA PARTE 1 VA COMPILATA SOLO DAI NUOVI DONATORI O DA CHI NON DONA DA PIU' DI 2 ANNI !!!**

Se scarichi il questionario dal sito, in ogni foglio, a garanzia della corretta conservazione (in forma unitaria), indica in modo leggibile nome e cognome, data, firma

Attenzione agli intervalli dei tempi

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 negli ultimi 4 mesi ha cambiato partner?			
5.8 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi 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 comunque negli ultimi 4 mesi			
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?			

Domande in rosso

Se la risposta ad una qualsiasi delle domande evidenziate in rosso è **SI** il donatore deve auto-escludersi, perché si tratta di criteri di esclusione (temporanea o permanente)

2) STATO DI SALUTE ATTUALE (DA COMPILARE SEMPRE)			
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?			
3) SOLO PER LE DONATRICI (DA COMPILARE SEMPRE)			
3.1 E' attualmente in gravidanza?	SI	NO	NOTE
3.2 Ha partorito negli ultimi 6 mesi ?			
3.3 Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?			
4) FARMACI, VACCINI, SOSTANZE DI ABUSO (DA COMPILARE SEMPRE)			
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?			
5) ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE (DA COMPILARE SEMPRE)			
5.1 Ha letto e compreso le informazioni sull' AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?	SI	NO	NOTE
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?			

Risponderesti «sì» a una di queste domande? Non presentarti per la donazione! Vieni a colloquio per maggiori informazioni, anche sulla durata della sospensione

### GIUDIZIO DI IDONEITA'

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

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico selezionatore .....

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

### INFORMATIVA 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 per 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 gruppematiche 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, eventuali telefoni, è necessaria per la sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è necessario per le comunicazioni riguardanti la donazione.

Il trattamento dei dati personali è necessario per la sicurezza prevista dalla normativa nazionale e regionale, esclusivamente nei casi e nei modi previsti in attuazione della normativa nazionale e regionale nell'ambito della trasmissione e dell'esecuzione delle operazioni indispensabili a svolgere le attività cui Lei è iscritto per i fini dell'assistenza sanitaria Nazionale, limitatamente ai dati personali e con l'esclusione del motivo e di altri dati personali.

Lei può in ogni momento revocare il suo consenso (per iscritto o verbalmente, o scuramento, ecc).

Contitolari del trattamento sono le Aziende Sanitarie Universitarie Integrate di Udine e Trieste (ASUIUD, ASUITS), l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 (AAS n. 2 per il CURPE) e l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 (AAS n. 5), nella persona del loro legale rappresentante.

Il Responsabile del trattamento è il Direttore del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale dell'Area Vasta in intestazione.

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

Leggi attentamente l'informativa > solo con consenso informato espresso si può accedere alla donazione!

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.

Centro Unico Regionale Produzione Emocomponenti (CURPE) – c/o Ospedale Palmanova	+39 0432 921554
--	-----------------

### CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di:

- di aver letto e compreso l'informativa al trattamento dei dati personali, anche sensibili
- di aver visionato il materiale informativo in tutte le lingue e di aver compreso le informazioni fornite in merito alle malattie infettive conosciute e trasmissibili; C;
- 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;
- di 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;
- di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- di 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;
- di non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- di sottopormi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerò attività o hobby rischiosi;
- di 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 plasmapiastriroaferesi la quantità di plasma deve essere di almeno 450 cc;
- di essere a conoscenza che alle donne di peso inferiore ai 58kg, in caso di donazione di plasma plasmapiastriroaferesi, verranno reinfusi cc 250 di soluzione fisiologica, al fine di mantenere la stabilità del volume sanguigno.

Contattare in caso di problemi insorti dopo la donazione

Data .....

Firma del donatore .....

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

## VALUTAZIONE QUESTIONARIO cartaceo ed inserimento informatico



Il medico verifica che il donatore abbia risposto ad ogni domanda e provvede alla documentazione della giustificazione

Il file è conforme allo standard PDF/A ed è stato aperto in sola lettura per evitare modifiche.

Abilita modifica



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

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 natio 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 4 mesi			
5.9.1. Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori di epatite B e dell'epatite C?			
5.9.2. È stata 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 endovenosa 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. somministrazioni 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?			

Tutti comportamenti/situazioni potrebbero averlo esposto 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 (DA COMPIRE SEMPRE)	SI	NO	NOTE
6.1. È 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 dal 1980-1996?			
6.4. È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?			
6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante il viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?			
6.6. Negli ultimi 28 gg ha soggiornato anche per una sola notte in Paesi esteri o in altre province italiane (malattia da West Nile Virus). Se sì, dove _____			
6.7. Ha fatto viaggi negli ultimi 12 (DODICI) mesi? Se sì, in quale paese _____			

DOSSIERE: Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Pagina 4 di 8

VIAGGI all'estero:  
WNV, Zika virus  
Centro sud-America



<http://inviaggio.simti.it/>

# <http://inviaggio.simti.it/>

## IL DONATORE CHE VIAGGIA



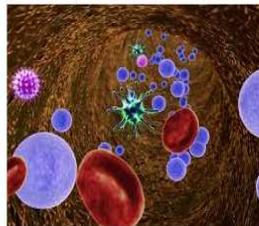
I PAESI DEL MONDO

Dal 2006, direttamente dal sito della SIMTI, la guida accompagna e aiuta i medici nel valutare l'idoneità dei donatori al rientro da un soggiorno all'estero. Si tratta dell'aggiornamento della quarta revisione che sostituisce la precedente del 2012. Una nuova edizione, con una nuova impostazione che, sfruttando le potenzialità del web, ha lo scopo di migliorare la consultazione e permetterne un più rapido aggiornamento e conseguente allineamento alle indicazioni del Centro Nazionale Sangue.

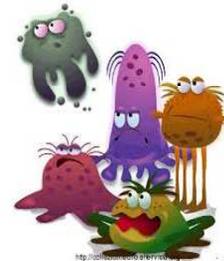
**Data della quarta revisione completa: 30 aprile 2016**

**Data dell'ultimo aggiornamento: 31 dicembre 2017**

SCOPRI DI PIU'...



PATOGENI DI INTERESSE TRASFUSIONALE



EPIDEMIE IN ATTO

- ▶ HOME
- ▶ CERCA
- ▶ PAESI DEL MONDO
- ▶ PATOGENI
- ▶ EPIDEMIE IN ATTO
- ▶ AL RIENTRO DAL VIAGGIO
- ▶ LINK UTILI
- ▶ BIBLIOGRAFIA
- ▶ ARCHIVIO STORICO
- ▶ ALERT- AGGIORNAMENTI
- ▶ ISTRUZIONI

Il file è conforme allo standard PDF/A ed è stato aperto in sola lettura per evitare modifiche.



DONATORE: Cognome	Nome	Data di nascita	
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'ultimo 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 lo suo o altrui salute o pratica hobby pericolosi?			
<b>3) SOLO PER LE DONATRICI (DA COMPILARE SEMPRE)</b>			
3.1. È attualmente in gravidanza?	SI	NO	NOTE
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>			
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. È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?			
4.3. Ha consumato o consuma bevande alcoliche?			
4.4. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?			
<b>5) ESPOSIZIONE A RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI</b>			
5.1. Ha fatto un test per la presenza di anticorpi all'AIDS. Il risultato è stato:	SI	NO	NOTE
5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?			
5.3. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?			
5.4. Il suo partner è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?			
5.5. Il suo partner ha 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 negli ultimi 4 mesi ha cambiato partner?			
5.8. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):			
5.8.1. con partner risultato positivo ai test epatite B e/o C e/o per l'AIDS			

Più informazioni sui farmaci  
<https://asuiud.sanita.fvg.it/distretti/dipartimenti-ospedalieri/ospedale-smm/trasfusionale/labacheca-del-donatore>

## ASSUNZIONE FARMACI

scrivere la categoria

- È idoneo con la donazione??

SI ! sigla medico

NO ! Sigla medico