

**Questionario medico e consenso informato**

Se avete domande, chiamateci o inviateci un'e-mail.

T 081 256 66 17, info@blutspende-gr.ch

Da compilare solo al momento della donazione con una penna a sfera!**Non dimentichi per favore di portare con se la sua tessera di donatore oppure la sua carta d'identità.****Orari di apertura del Centro Trasfusionale dell'Ospedale Cantonale di Coira:**

Lunedì, mercoledì	07:30 – 12:00 / 13:00 – 17:30
Martedì	16:00 – 19:00
Giovedì	chiuso
Venerdì	07:30 – 14:00

N. donatore	N. prelievo	
Cognome		
Nome	Data di nascita	m f
Via, n.		
CAP/Luogo		
Tel. (Cellulare)		
Tel. (Lavoro/ufficio)		
Email		

Ha letto il **foglio informativo per le donatrici e i donatori di sangue** e ritiene di essere idoneo(a) a donare il suo sangue.

La ringraziamo se ora vorrà rispondere con la massima sincerità alle domande che seguono segnando con una croce la casella corrispondente.

Contribuirà così a garantire la sua sicurezza e quella dei pazienti che riceveranno il suo sangue.

Consenso informato e conferma da completare e firmare da parte della donatrice o del donatore di sangue:

- Accetto di donare il mio sangue.
- Confermo con la mia firma di aver letto e compreso tutte le informazioni del foglio informativo per le donatrici e i donatori di sangue e che mi sono state fornite tutte le spiegazioni necessarie.
- Confermo l'esattezza dei miei dati personali e che le risposte al questionario sono corrette.
- Accetto che, se necessario, il mio sangue venga sottoposto a test genetici e che un campione del mio sangue venga conservato per eventuali controlli secondo la legge sugli agenti terapeutici. Accetto di essere informato(a) sui risultati in caso di anomalia.
- Sono d'accordo che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.
- Sono d'accordo che parte della mia donazione può essere utilizzato per il miglioramento della diagnostica medica e controllo qualità di analisi di laboratorio.
- Sono consapevole che queste informazioni personali sottostanno al segreto medico e che tutti i dati sono utilizzati da parte di Trasfusione CRS Svizzera (T-CH) e dei Servizi Trasfusionali Regionali (STR). I STR CRS sono tenuti per legge a rispettare la protezione dei dati e a notificare alle autorità le malattie soggette all'obbligo di notifica. Solo le informazioni codificate (numero del donatore e del prodotto) e le caratteristiche del gruppo sanguigno vengono trasmesse per la cura del paziente.

Per i nuovi donatori:

identificato tramite

Data: _____

Firma donatore: _____

 ID Patente di guida Altro documento

Gewicht	Grösse (cm)	Blutdruck	Puls	Hämoglobin (g/l)	Visum Labor	Entnahmezeit (hh:mm)	Entnahmedauer (min)	Visum Phlebotomistin

Rispondere con ad ogni domanda

		Sì	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. Negli ultimi 14 giorni ha subito un trattamento dentario, di igiene dentaria?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto cure mediche ha avuto febbre oltre 38°C o altre malattie leggere come diarrea, raffreddore, ecc.?			<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 la caduta di capelli (ad.es. Proscar® Finasterid-Mepha Procapil®, Finacapil® o Propecia®) o contro l'acne/eczema (ad.es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Toctino®) o contro la depressione (farmaci contenenti litio, ad esempio Lithiofor®) o l'emicrania (ad esempio Topamax®) o contro un disturbo bipolare (ad esempio Convulex® o Tegretol®)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nel corso degli ultimi 2 mesi ha iniettato farmaci per l'endometriosi (ad esempio Lucrin Depot®)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nel corso degli ultimi 4 mesi ha assunto una terapia antiretrovirale PEP/PrEP (ad esempio Truvada®, Isentress®, Prezista® o Norvir®) o farmaci derivati dal sangue?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha ricevuto farmaci citostatici (ad esempio metotrexate contro la psoriasi o l'artrite)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason®, Acicutan® contro la psoriasi o Erivedge® contro il carcinoma basocellulare?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continua sul retro

Rispondere con ad ogni domanda

	Si	No	Visto
7. a) È stato(a) sottoposto(a) ad una immunoterapia (cellule o siero di origine umana o animale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato(a) vaccinato(a) contro la rabbia o il tetano?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8. Soffre o ha sofferto in passato di una delle malattie o dei sintomi seguenti?	_____		
a) Malattie cardiache/circolatorie o polmonari (ad es. ipertensione, ipotensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, insulto ischemico transitorio (TIA), perdite di coscienza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Malattie della pelle (ad es. ferite, eruzioni, eczemi, herpes labiale) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Altre malattie, ad es. diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro, osteoporosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nel corso degli ultimi 3 anni o dopo la sua ultima donazione di sangue	_____		
<input type="checkbox"/> è stato ricoverato in ospedale? <input type="checkbox"/> ha avuto un incidente? <input type="checkbox"/> ha subito un'operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. a) Le sono stati impiantati tessuti umani o animali o ha ricevuto un trapianto d'organo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale all'estero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita o iniezioni di ormoni per il trattamento dell'infertilità prima del 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lei/un membro della sua famiglia è o è stato(a) affetto(a) dalla malattia di Creutzfeldt-Jakob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si prega di segnalarlo anche se esiste solo il dubbio.	_____		
e) Ha ricevuto una trasfusione di sangue negli ultimi 4 mesi o dall'ultima donazione di sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. a) Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 6 mesi?	_____		
Se sì, dove e per quanto tempo? _____ Da quando è ritornato(a)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ha avuto dei sintomi (ad es. febbre) sul luogo o al Suo ritorno? Se sì, specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. a) È nato(a) in un Paese fuori dalla Svizzera, vi è cresciuto(a) o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi?	_____		
Se sì, in quale Paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, da quando vive in Svizzera? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sua madre è nata in un Paese extraeuropeo, vi è cresciuta o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi?	_____		
Se sì, in quale Paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. a) Si è ammalato(a) negli ultimi	_____		
6 mesi di: <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/> Mononucleosi infettiva <input type="checkbox"/> Amebiasi <input type="checkbox"/> Shigellosi <input type="checkbox"/> FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 mesi di: <input type="checkbox"/> Bilarziosi <input type="checkbox"/> Gonorea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 anni di: <input type="checkbox"/> Osteomielite <input type="checkbox"/> Febbre reumatica <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente <input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Febbre Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ha in passato sofferto di una di queste malattie infettive:	_____		
<input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Malattia di Chagas <input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/> Echinococcosi <input type="checkbox"/> Leishmaniosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linfogranuloma venereo <input type="checkbox"/> Filariosi <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Ebola? <input type="checkbox"/> o altre infezioni gravi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quali? _____ Quando? _____	_____		
c) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) punto(a) da una zecca?	_____		
d) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) a contatto con una persona che soffre o ha sofferto di una malattia infettiva?	_____		
Se sì, quale? _____	_____		
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> una depilazione con aghi <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> trattamenti cosmetici (ad esempio un maquillage permanente o microblading)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> un trattamento con le sanguisughe? Se sì, quando? _____ Dove? _____	_____		
15. Si è esposto(a) ad una delle situazioni a rischio seguenti?	_____		
• Ha avuto una nuova relazione sessuale o ha cambiato partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha avuto rapporti sessuali (rapporti protetti o no) con più di due persone nel corso degli ultimi 4 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha avuto rapporti sessuali sotto l'influenza di droghe sintetiche nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha avuto rapporti sessuali per i quali ha ricevuto denaro o altri benefici (droghe o farmaci) nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha preso droghe tramite iniezione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha già contratto l'HIV (AIDS) o l'itterizia (epatite B o C) o è risultato positivo a un test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha già contratto la sifilide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualcuno della Sua famiglia, o della Sua cerchia di amici, oppure il(la) Suo(a) partner sessuale abituale ha contratto l'ittero (epatite B o C) nel corso degli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Il(la) Suo(a) partner sessuale ha sofferto di Zika nel corso degli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. a) Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, un rapporto sessuale con partner che:	sono stati(e) esposti(e) ai rischi indicati alla domanda 15?		
b) Ha avuto, negli ultimi 4 mesi, un rapporto sessuale con partner che:	ha soggiornato per più di 6 mesi in un Paese la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di HIV, epatite C (HCV), epatite B (HBV) o ha ricevuto una trasfusione di sangue sul luogo? Data di ritorno del partner: _____		
17. Se applicabile:	È già stata incinta? Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____		

Bemerkungen zu den Fragen:

Frage _____			

<input type="checkbox"/> Zur Spende zugelassen			Fragebogen kontrolliert
<input type="checkbox"/> Rückweisung weil (s. rechts):			
<input type="checkbox"/> Spenderarzt			

Datum, Visum

Datum, Visum