



## Questionario per i donatori in età maggiore di 65 anni

<b>Cognome</b>
<b>Nome</b>
<b>Data di nascita</b>

		Si	No
1.	Si sente spesso stanco/a ed esausto/a o ha notato un calo della prestazione fisica o mentale negli ultimi tempi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	a) Ha notato un cambiamento o peggioramento dello stato di salute in generale rispetto al passato? Se sì, cosa è cambiato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) È stato/a dal medico di famiglia? Se sì, qual è stata la diagnosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) È stato/a ricoverato/a in ospedale? Se sì, perché e quando? (Motivo del ricovero, diagnosi, intervento chirurgico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Assume nuovi farmaci dopo l'ultima donazione di sangue o ha cambiato il dosaggio dei farmaci precedenti? Se sì, quali nuovi farmaci sta assumendo o quale nuovo dosaggio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	È comparso uno dei seguenti sintomi durante uno sforzo fisico o uno stress psicologica o anche senza una ragione apparente?		
	a) un dolore sordo, opprimente, non ben definibile o uno spiacevole senso di oppressione al petto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) battito cardiaco rapido (palpitazioni) o irregolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) difficoltà respiratorie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Si	No
5.	Ha necessità di sollevare la testiera del letto per dormire o ha bisogno di più cuscini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Soffre di improvvisi attacchi di debolezza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ha spesso le gambe gonfie (anche indipendentemente dal caldo estivo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ha avuto una perdita di peso indesiderata negli ultimi tempi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ha notato un'aumentata udorazione notturna negli ultimi tempi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ha notato ingrossamento dei linfonodi (ad es. gonfiore sotto le ascelle, al collo, all'inguine...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ha avuto o ha disturbi della vista, paralisi o disturbi sensoriali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Pratica regolarmente uno sport? Se sì, quale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ha avuto effetti collaterali dopo la donazione negli ultimi 2 anni? (Vertigini, nausea, svenimento, caduta, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Sono presenti uno o più i possibili rischi o sintomi di osteoporosi?		
	a) Diagnosi di osteoporosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Carenza di calcio e/o vitamina D?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Trattamento ormonale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Fratture vertebrali spontanee (senza trauma) associate all'osteoporosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luogo, data			
Firma del donatore			

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Freigabe     Rückweisung     Ausschluss     Zusätzliche Abklärung durch Spendearzt ZH notwendig

Datum/Visum Spendearzt \_\_\_\_\_

Datum/Visum MA \_\_\_\_\_