

**Questionario medico e consenso informato**

Se avete domande, chiamateci o inviateci un'e-mail.
T 081 353 15 54, 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.**

Spender-Nr.		Entnahme-Nr.	
Name			
Vorname		Geburtsdatum	
		m	
		w	
Strasse, Nr.			
PLZ/Ort			
Tel. (Handy)			
Tel. (Geschäft/dstl.)			
Mail			

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:

- Accosento a 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.
- Accosento 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 esclusivamente 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.

Bei Neuspendern:

ausgewiesen durch

 ID Führerschein anderes Dokument

Data _____ Firma donatore _____

Visita (da completarsi da parte del SRTS CRS)

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? _____			
2. Il Suo peso è di almeno 50 kg?				
3. Si ritiene attualmente in buona salute?				
4. Negli ultimi 14 giorni ha subito un trattamento dentario, di igiene dentaria, ad esempio uno stucco dentale?				
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.?				
6. a) Nel corso delle ultime 4 settimane ha utilizzato farmaci – anche senza prescrizione medica – (ad es. pastiglie, iniezioni, supposte)? Se sì, quali? _____				
b) Nel corso delle ultime 4 settimane ha fatto uso di medicinali contro l'iperplasia prostatica o la caduta di capelli (ad.es. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® o Proscar®) o contro l'acne (ad.es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Toctino®)?				
c) Nel corso degli ultimi 4 mesi ha assunto una terapia antiretrovirale PEP/PrEP (ad.es. Truvada®, Isentress®, Prezista®/Norvir®)?				
d) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?				
e) Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason®, Acicutan® contro la psoriasi o Eridayge® contro il carcinoma basocellulare?				
f) Nel corso degli ultimi 12 mesi ha ricevuto medicinali derivati dal sangue?				
7. a) È stato(a) sottoposto(a) ad una immunoterapia (cellule o siero di origine umana o animale)?				
b) Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato(a) vaccinato(a) contro la rabbia o il tetano?				
c) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) sottoposto(a) ad altre vaccinazioni? Quali? _____ Quando? _____				

Rispondere con ad ogni domanda

Sì No Visto

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)?			
b) Malattie della pelle (ad es. ferite, eruzioni, eczemi, herpes labiale) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)?			
c) Altre malattie, ad es. diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro, osteoporosi?			
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?			
10. a) Le sono stati impiantati tessuti umani o animali o ha ricevuto un trapianto d'organo?			
b) Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale?			
c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 1.1.1986?			
d) Lei/un membro della sua famiglia è o è stato(a) affetto(a) dalla malattia di Creutzfeldt-Jakob? Si prega di segnalarlo anche se esiste solo il dubbio.			
e) Ha soggiornato tra il 1.1.1980 ed il 31.12.1996, per una durata complessiva di 6 mesi o più nel Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole Normanne, Gibilterra e Isole Falkland)?			
f) Ha ricevuto una trasfusione di sangue dopo il 1.1.1980?			
11. a) Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 12 mesi? Se sì, dove e per quanto tempo? _____ Da quando è ritornato(a)? _____			
b) Ha avuto dei sintomi (ad es. febbre) sul luogo o al Suo ritorno? Se sì, specificare: _____			
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? _____ Se sì, da quando vive in Svizzera? _____			
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? _____			
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 12 mesi di: <input type="checkbox"/> Bilarzioli <input type="checkbox"/> Gonorrea 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			
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"/> Linfogranuloma venereo <input type="checkbox"/> Filariosi <input type="checkbox"/> Febbre Q <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Ebola? <input type="checkbox"/> o altre infezioni gravi? 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"/> una depilazione con aghi <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> trattamenti cosmetici (ad esempio un maquillage permanente o microblading) <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)? Se sì, quando? _____ Dove? _____			
15. Ha in passato sofferto di un ittero (epatite) o ha avuto un test positivo all'epatite?			
16. a) Si è esposto(a) ad una delle situazioni a rischio seguenti? • Ha cambiato partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi? • Ha avuto rapporti sessuali (rapporti protetti o no) con più di due persone nel corso degli ultimi 4 mesi? • Ha avuto rapporti sessuali sotto l'influenza di droghe sintetiche nel corso degli ultimi 12 mesi? • Ha avuto rapporti sessuali per i quali ha ricevuto denaro o altri benefici (droghe o farmaci) nel corso degli ultimi 12 mesi? • Ha preso droghe tramite iniezione? • Ha già avuto un test positivo all'HIV (AIDS), alla sifilide o all'itterizia (epatite B o C)? • 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? • Il(la) Suo(a) partner sessuale ha sofferto di Zika nel corso degli ultimi 3 mesi?			
16. b) Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, un rapporto sessuale con partner che: • sono stati(e) esposti(e) ai rischi indicati alla domanda 16a?			
16. c) 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. Risposta solo per le donne: _____ È già stata incinta? Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____ Ha ricevuto iniezioni di ormoni per il trattamento dell'infertilità prima dell'1.1.1986?			

Bemerkungen zu den Fragen:

Frage _____	

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