

Questionario medico e consenso informato

(da compilare solo al momento della donazione)

	Vis.	Konserven-Nr.	Vis.	Konserven-Nr.			
					Si	No	Visto STS
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 o di igiene dentaria, ad esempio uno stucco dentale?				<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. Alopeciai®, Finacapi®, Propecia® o Proscar®) o contro l'acne (ad es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Tactino®)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Nel corso degli ultimi 4 mesi ha assunto una terapia antiretrovirale PEP/PrEP (ad esempio Truvada®, Isentress® Prezista® o Norvir®)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) 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"/>	
	f) Nel corso degli ultimi 12 mesi ha ricevuto medicinali derivati dal sangue?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	a) È stato(a) sottoposto(a) ad una immunoterapia (cellule o siero di origine umana o animale)?				<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"/>	
	c) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) sottoposto(a) ad altre vaccinazioni? Quali? Quando?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Soffre o ha sofferto in passato di una delle malattie o dei sintomi seguenti?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Malattie cardiache/circolatorie o polmonari (ad es. <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> ipotensione <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> disturbi respiratori <input type="checkbox"/> ictus cerebrale <input type="checkbox"/> attacco ischemico transitorio (TIA) <input type="checkbox"/> perdite di coscienza?)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Malattie della pelle? Ad es. <input type="checkbox"/> ferite <input type="checkbox"/> eruzioni <input type="checkbox"/> eczemi <input type="checkbox"/> herpes labialis o allergiche? Ad es. <input type="checkbox"/> raffreddore da fieno <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> allergia ai farmaci				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Altre malattie? Ad es. <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> malattie del sangue <input type="checkbox"/> della coagulazione <input type="checkbox"/> disturbi vascolari <input type="checkbox"/> disturbi renali <input type="checkbox"/> malattie neurologiche <input type="checkbox"/> epilessia <input type="checkbox"/> cancro <input type="checkbox"/> osteoporosi				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Nel corso degli ultimi 3 anni o dopo la sua ultima donazione di sangue ha <input type="checkbox"/> è stato(a) ricoverato(a) in ospedale? <input type="checkbox"/> avuto un incidente? <input type="checkbox"/> subito un'operazione?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	a) Ha ricevuto un trapianto d'organo o di tessuto umano o animale o ha ricevuto un trapianto d'organo?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 01.01.1986?				<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? Si prega di segnalarlo anche se esiste solo il dubbio.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Ha soggiornato tra il 01.01.1980 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)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Ha ricevuto una trasfusione di sangue dopo il 01.01.1980?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 12 mesi?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Se sì, dove e per quanto tempo? _____ Da quando è ritornato/a? _____ (Se sì, continua con b)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Ha avuto dei sintomi (ad es. febbre) sul luogo o al suo ritorno? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, specificare: _____				<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? _____ Se sì, da quando vive in Svizzera?				<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"/>	
13.	a) Si è ammalato negli ultimi • 6 mesi di: <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/> Mononucleosi infettiva <input type="checkbox"/> Amebiasi <input type="checkbox"/> Schigellosi <input type="checkbox"/> FSME • 12 mesi di: <input type="checkbox"/> Bilirziosi <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 <input type="checkbox"/> Febbre Q				<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"/> Linfogranuloma venereo <input type="checkbox"/> Filariosi <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Ebola? o altre infezioni gravi? Se sì, quali? _____ Quando?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) punto(a) da una zecca?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Nel corso delle ultime 4 settimane stato(a) a contatto con una persona che soffre di una malattia infettiva? Se sì, quale?: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> un tatuaggio <input type="checkbox"/> una gastro-coloscopia <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> una depilazioni elettrica <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura <input type="checkbox"/> trattamenti cosmetici (ad esempio un maquillage permanente o microblading) <input type="checkbox"/> un trattamento con le sanguisughe <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?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Ha in passato sofferto di un ittero (epatite) o ha avuto un test positivo all'epatite?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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) o all'itterizia (epatite B o C)? • Ha già contratto la sifilide? • 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?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, un rapporto sessuale con partner che sono stati(e) esposti(e) ai rischi indicati alla domanda 16 a)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	È già stata incinta? Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____ Ha ricevuto iniezioni di ormoni per il trattamento dell'infertilità prima del 01.01.1986?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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:

- Acconsento 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.
- Acconsento 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.
- Accetto che parte della mia donazione possa essere utilizzata a scopo didattico, per il miglioramento della diagnostica medica, ad es. può essere utilizzato per la produzione, lo sviluppo e il controllo di qualità di test, dispositivi e processi di laboratorio.
- Sono d'accordo che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.
- 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.

Nome: _____ Cognome: _____ Data di nascita: _____
Data: _____ Firma: _____

Da completarsi da parte del SRTS CRS:

Osservazioni Domanda _____ : _____
Domanda _____ : _____
Domanda _____ : _____

Questionario controllato: _____ Data: _____ Visto STS: _____
Idoneo alla donazione di sangue:

Sì
 No, motivo: _____ Data: _____ Visto STS: _____

2. controllo: Data: _____ Visto STS: _____