



Numero di donazione

Vorname | Name: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Strasse: _____

PLZ | Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Mobil: _____ Erinnerung per SMS: ☐ Ja ☐ Nein

Durch Ankreuzen des Feldes JA willige ich ein, dass mich das Blutspendezentrum per SMS an den nächstmöglichen Spendetermin erinnert und bin damit einverstanden, dass meine Spenderdaten (Name, Mobiltelefonnummer, Spendetermine, Spendearten) dazu vom Blutspendezentrum bearbeitet werden.

E-Mail: _____

Durch Angabe meiner E-Mailadresse willige ich ein, dass mich das Blutspendezentrum per E-Mail zu persönlichen Kommunikationszwecken kontaktiert und meine Spenderdaten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon, Blutgruppe, Spendetermine, Spendearten, Prämienspunkte) dazu vom Blutspendezentrum auf deren internen Software gespeichert, an die Agentur Mindstudios übermittelt und mit der Kommunikationssoftware von BREVO (Köpenicker Strasse 126, 10179 Berlin) verknüpft werden. Ich habe die Möglichkeit, diesen persönlichen Service jederzeit wieder abzubestellen.

Blutspende SRK Nordwestschweiz, Hauptsitz, Hebelstrasse 10, 4031 Basel, Schweiz
058 404 01 00, info@blutspende-nw.ch, blutspende-nordwestschweiz.ch

Entrata in vigore:

01.02.2026

Dona sangue. Salva una vita.

Cara donatrice, caro donatore

A condizione che lei sia idoneo/a alla donazione, è nuovamente autorizzato/a a donare il sangue a partire dalla seguente data.

Il suo saldo punti per lo shop dei premi

--	--

La preghiamo di compilare il questionario medico **con penna blu o nera in stampatello** al massimo 24 ore prima della donazione di sangue e di portarlo con sé. In caso di dubbi sulle risposte, la preghiamo di contattarci per chiarire la sua idoneità alla donazione di sangue.

Solo per scopi interni

Neu	Typ	Q ☐	vBB	RhD	WNV	FER	AKST	kapHb	Blutdruck	Puls	Gewicht
		Ma AK ☐ Bem ☐									
		Chag ☐ HH ☐									
		WNV ☐ NonK ☐									

Flyer/ Erstspenderinfo	Spendetauglichkeit: ☐ Ja ☐ Nein										
	Falls «Nein», Grund:										
Visum:		Visum BSD:									
☐ Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft ☐ Identität kontrolliert						BDKo ☐		Visum VP		Entnahmedauer	
Datum:		Visum BSD:									

Bemerkungen:

(durch Personal auszufüllen)

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.

		Si	No	Visa SRTS CRS
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 o di igiene dentaria?	☐	☐	
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. Proscar®, Finasterid-Mepha Procapil®, Finacapil® o Propecia®) o contro l'acne/eczema (ad. es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Tactino® 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®)?	☐	☐	
c)	Nel corso degli ultimi 2 mesi, ha iniettato farmaci per l'endometriosi (ad esempio Lucrin Depot®)?	☐	☐	
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?	☐	☐	
e)	Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?	☐	☐	
f)	Nel corso degli ultimi 6 mesi, ha ricevuto farmaci citostatici (ad esempio metotrexate contro la psoriasi o l'artrite)?	☐	☐	
g)	Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason®, Acicutan® contro la psoriasi o Erivedge® contro il carcinoma basocellulare?	☐	☐	
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? _____	☐	☐	
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 ☐ è stato ricoverato in ospedale? ☐ ha avuto un incidente? ☐ ha subito una 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 all'estero?	☐	☐	
c)	Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita o iniezioni di ormoni per il trattamento dell'infertilità 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 ricevuto una trasfusione di sangue negli ultimi 4 mesi o dall'ultima donazione di sangue?	☐	☐	
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)? _____	☐	☐	
b)	Ha avuto dei sintomi (ad es. febbre) sul luogo o al Suo ritorno? Se sì, specificare: _____	☐	☐	

		Si	No	Visa SRTS CRS
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 negli ultimi • 6 mesi di: ☐ Toxoplasmosi ☐ Mononucleosi infettiva ☐ Amebiasi ☐ Shigellosi ☐ FSME • 12 mesi di: ☐ Bilarziosi ☐ Gonorrea • 2 anni di: ☐ Osteomielite ☐ Febbre reumatica ☐ Tubercolosi ☐ Febbre ricorrente ☐ Sindrome di Guillain-Barré ☐ Febbre Q	☐	☐	
b)	Ha in passato sofferto di una di queste malattie infettive: ☐ Malaria ☐ Malattia di Chagas ☐ Brucellosi ☐ Echinococcosi ☐ Leishmaniosi ☐ Linfogranuloma venereo ☐ Filariosi ☐ Babesiosi ☐ Ebola ☐ 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: ☐ un tatuaggio, ☐ un piercing, ☐ una depilazione elettrica, ☐ trattamenti cosmetici (ad esempio un maquillage permanente o microblading), ☐ una gastro-coloscopia, ☐ un trattamento tramite agopuntura, ☐ un contatto con sangue estraneo (ferita con una puntura d'ago, spruzzi di sangue negli occhi, nella bocca o un'altra parte del corpo) ☐ 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? • 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 contratto l'HIV (AIDS) o l'itterizia (epatite B o C) o è risultato positivo a un test? • 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?	☐	☐	
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?	☐	☐	
16. 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 Frage	Visum Personal

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.

- 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 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.

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Data: _____

Firma: _____