

**Questionario medico e consenso informato**

(da compilare solo al momento della donazione)

Vis.	Konserven-Nr.	Vis.	Konserven-Nr.
------	---------------	------	---------------

		SI	No	VistoSTS
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.	Nelle ultime 72 ore ha subito un trattamento dentario o di igiene dentaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto cure mediche o ha avuto febbre oltre 38° C?	<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. Alopecia®, Finacapil®, Propecia® o Proscar®) o contro l'acne (ad es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Toctino®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason®, Acicutan® (psoriasis) o Erivedge® (carcinoma basocellulare)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	a) E 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, l'epatite B, 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? 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"/> insulto 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 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"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Nel corso degli ultimi 3 anni o dopo la sua ultima donazione di sangue ha sofferto di una malattia? <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?	<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 1.1.1986?	<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 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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Ha ricevuto una trasfusione di sangue dopo il 1.1. 1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Se sì, dove? _____ Da quando è ritornato? _____ b) Ha accusato dei sintomi (ad es. febbre) sul posto o dopo il ritorno? Se sì, precisare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	a) E nato(a) in un Paese extraeuropeo, 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 Europa?	<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) Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie? <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Borreliosi <input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/> Febbre Q <input type="checkbox"/> Infezione ossea <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Malattia di Chagas <input type="checkbox"/> Leishmaniosi <input type="checkbox"/> Tifo <input type="checkbox"/> Ebola? Se sì, quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato punto(a) da una zecca o è stato(a) a contatto con una persona che soffre di una malattia infettiva? Se sì, precisare: _____	<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"/> un trattamento tramite agopuntura <input type="checkbox"/> una depilazione con aghi <input type="checkbox"/> un maquillage permanente <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?	<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.	Qualcuno della Sua famiglia, o della Sua cerchia di amici, oppure il(la) Suo(a) partner sessuale abituale ha sofferto di un ittero (epatite) o Zika nel corso degli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Si è esposto(a) ad una delle situazioni a rischio seguenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Rapporto sessuale con nuovo partner nel corso degli ultimi 4 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Rapporto sessuale con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi (rapporti protetti o no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Nel corso degli ultimi 12 mesi, soggiorno durante almeno 6 mesi o più in un Paese la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Rapporto sessuale in cambio di denaro, droga o farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Iniezione di droghe attualmente o in passato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Test positivo all'HIV (AIDS), la sifilide o le epatiti B e C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Solo per gli uomini: Rapporto sessuale tra uomini in passato Rapporto sessuale tra uomini negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18.	Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, un rapporto sessuale con partner che:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Sono stati(e) esposti(e) ai rischi indicati alla domanda 17 • Hanno ricevuto trasfusioni in Paesi ad alta incidenza di HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Concerne unicamente le donne</b>				
19.	Solo per le donne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• È già stata incinta? Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____ • Ha ricevuto iniezioni di ormoni a causa di infertilità prima dell'1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ha letto il **foglio informativo per 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 firmare da parte del(la) donatore(trice) 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 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 a conoscenza che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci
- Acconsento che la mia donazione o alcuni suoi componenti siano utilizzati in casi eccezionali per la ricerca medica dopo anonimizzazione o codificazione.
- 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 CRS) e dei Servizi Trasfusionali Regionali CRS (SRTS CRS). I STR CRS sono tenuti per legge 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: \_\_\_\_\_

Idoneità alla donazione di sangue:

Si

No Motivo: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Visto STS : \_\_\_\_\_