



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.

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_