Questionario medico e consenso informato

Questionario medico

Numero di donazione

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.
- 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:**

		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 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 Toctino®) 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 assunto farmaci a base di dutasteride ~~ha fatto uso di Avodart® o di Duodart®~~ contro l'iperplasia prostatica (ad esempio Avodart® o di Duodart®)?	☐	☐	
	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, oppure ha ricevuto un'iniezione di PrEP ~~contro~~ nell'ambito della prevenzione dell'HIV?	☐	☐	
7.	a) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) ~~sottoposto(a) delle vaccinazioni~~vaccinato(a)? Quali? _____ Quando? _____ ~~È stato(a) sottoposto(a) ad una immunoterapia (cellule o siero di origine umana o animale)?~~	☐	☐	
	b) Negli ultimi 4 mesi ha ricevuto anticorpi a scopo protettivo in~~a~~ seguito ~~di~~a un possibile contatto con una malattia (immunizzazione passiva);~~Negli ultimi 4 mesi ha ricevuto un'immunizzazione passiva a seguito di un possibile contatto con una malattia~~ (ad es. Cytotect CP Biotest®, Hepatect CP® o Varitect CP®, Tetagam P®)? ~~Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato(a) vaccinato(a) contro la rabbia o il tetano?~~	☐	☐	
	c) Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto una profilassi antirabbica a seguito di una ferita da morso all'estero? ~~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~~12 mesi o dopo la sua ultima donazione di sangue ☐ è stato(a) ricoverato(a) in ospedale? ☐ ha avuto un incidente? ☐ ha subito un'operazione?	☐	☐	
10.	a) Le sono stati impiantati tessuti o cellule 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?	☐	☐	
	Sì	**No**	**Visto**
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: _____	☐	☐	

	~~Sì~~	~~No~~	~~Visto~~
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:** ☐ 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. a) 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. b) Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, un rapporto sessuale con partner che ~~:~~ sono stati(e) esposti(e) ai rischi indicati alla domanda 16a? 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. *Se applicabile:* ~~:~~ È già stata incinta? Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____	☐	☐	

Da completarsi da parte del STR CRS:

Osservazioni Domanda ____ :_____

Domanda ____ :_____

Domanda ____ :_____

▶ Questionario controllato Data: _____ Visto STR: _____

▶Idoneo alla donazione di sangue Sì ☐

No ☐ Motivo:_____Data: _____ Visto STR: _____

IDENTITÀ & ALTRE INFORMAZIONI (Dati regionali)