



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Allegato Art. 7.6 Questionario medico e consenso informato

Tipo di documento: ANH

Entrata in vigore: 01.02.20252026

Versione: 23

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 **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. 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:

	Si	No	Visto
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, <u>ad esempio uno stucco dentale?</u>	<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. <u>Alocapil[®], Proscar, Finasterid-Mepha Procapil[®], Finacapil[®] o Propecia[®] o Proscar[®]</u>) o contro l'acne/ <u>eczema</u> (ad es. Roaccutan [®] , Curakne [®] , Isotretinoin [®] , Tretinac [®] o Toctino [®]) <u>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[®])?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nel corso degli ultimi 2 mesi, ha iniettato farmaci per l'endometriosi (ad esempio Lucrin Depot [®])?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Nel corso degli ultimi 4 mesi ha assunto una terapia antiretrovirale PEP/PrEP (ad esempio Truvada [®] , Isentress [®] , Prezista [®] o Norvir [®]) <u>o farmaci derivati dal sangue?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart [®] o di Duodart [®] contro l'iperplasia prostatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Nel corso degli ultimi 6 mesi, ha ricevuto farmaci citostatici (ad esempio metotrexate contro la psoriasi o l'artrite)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) 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. ipertensione, ipotensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, insulto ischemico transitorio (TIA), perdite di coscienza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Malattie della pelle (ad es. ferite, eruzioni, eczemi, herpes labiale) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Altre malattie, ad es. diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro, osteoporosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Nel corso degli ultimi 3 anni o dopo la sua ultima donazione di sangue <input type="checkbox"/> è stato(a) ricoverato(a) in ospedale? <input type="checkbox"/> ha avuto un incidente? <input type="checkbox"/> ha subito un'operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Le sono stati impiantati tessuti umani o animali 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 <u>all'estero?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita <u>o iniezioni di ormoni per il trattamento dell'infertilità prima del 1.1.1986?</u>	<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 <u>dopo il 1.1.1980 negli ultimi 4 mesi o dall'ultima donazione di sangue?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Allegato Art. 7.6 Questionario medico e consenso informato

Tipo di documento: ANH

Entrata in vigore: 01.02.~~2025~~2026

Versione: ~~23~~

~~IDENTITÀ & ALTRE INFORMAZIONI (Dati regionali)~~