



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: 01.02.20256

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? _____	☐	☐	
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, <u>ad esempio uno stucco dentale?</u>	☐	☐	
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. <u>Alopecia® Proscar, Finasterid-Mepha Procapil®, Finacapil®, o Propecia® o Prosear®</u>) o contro l'acne/ <u>eczema</u> (ad es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Tactino®) <u>o contro la depressione (farmaci contenenti litio, ad esempio Lithiofor®) o l'emicrania (ad esempio Topamax®) o contro il disturbo bipolare (ad esempio Convulex® o Tegretol®)?</u>	☐	☐	
c) Nel corso degli ultimi 2 mesi, ha iniettato assunto- farmaci per l'endometriosi (ad esempio Lucrin Depot®)?	☐	☐	
ed) Nel corso degli ultimi 4 mesi ha assunto una terapia antiretrovirale PEP/PrEP (ad esempio Truvada®, Isentress®, Prezista® o Norvir®) <u>o farmaci ricaduti dal sangue?</u>	☐	☐	
de) 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)?	☐	☐	
eg) Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason®, Acicutan® contro la psoriasi o Erivedge® contro il carcinoma basocellulare?	☐	☐	
f) Nel corso degli ultimi 12 mesi ha ricevuto medicinali derivati dal sangue?	☐	☐	
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(a) ricoverato(a) in ospedale? ☐ ha avuto un incidente? ☐ ha subito un'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 <u>all'estero?</u>	☐	☐	
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>	☐	☐	
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 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)?	☐	☐	
fed) Nel corso degli ultimi 4 mesi, ha ricevuto una trasfusione di sangue <u>negli ultimi 4 mesi o dall'ultima donazione di sangue dopo il 1.1.1980?</u>	☐	☐	



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: 01.02.20256

Versione: 23

11. a) Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 12-6 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: _____	☐	☐	



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: 01.02.20256

Versione: 23

	Si	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 ☒ Febbre Q ☐ 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 <u>con aghi/lettica</u> ☐ 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), <u>un trattamento con le sanguisughe?</u> Se sì, quando? _____ Dove? _____	☐	☐	
15. <u>Ha in passato sofferto di un ittero (epatite) o ha avuto un test positivo all'epatite?</u>	☒	☒	
16-15. a) Si è esposto(a) ad una delle situazioni a rischio seguenti? • Ha <u>avuto una nuova relazione sessuale o ha</u> 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? • <u>Ha già contratto già avuto un test positivo all'HIV (AIDS), alla sifilide o all'itterizia (epatite B o C) o è risultato positivo al un test?</u> • 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. <u>ba</u>) Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, un rapporto sessuale con partner che: • sono stati(e) esposti(e) ai rischi indicati alla domanda 16a15? <u>eb</u>) 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. <u>Se applicabile: Risposta solo per le donne:</u> • È già stata incinta? — Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____ <u>Ha ricevuto iniezioni di ormoni per il trattamento dell'infertilità prima dell'1.1.1986?</u>	☐ ☒	☐ ☒	

Da completarsi da parte del STR CRS:

Osservazioni Domanda _____ : _____
Domanda _____ : _____
Domanda _____ : _____

► Questionario controllato

Data: _____ Visto STR: _____

► Idoneo alla donazione di sangue Si ☐

No ☐ Motivo: _____ Data: _____ Visto STR: _____

IDENTITÀ & ALTRE INFORMAZIONI (Dati regionali)