

## CARTELLA CLINICA PER IL DONATORE DI SANGUE OMOLOGO

### MODULO DI ACCETTAZIONE E CONSENSO ALLA DONAZIONE



Cognome ..... Nome .....

Professione ..... M F

Nato a..... (Prov.) ..... il .....

Codice Fiscale ..... Residente in .....

Via ..... N° ..... Cap .....

Tel. Abit. .... Tel. lav. ....

Documento tipo ..... N° .....

Donatore Occasionale Dona favore di .....  
Rep..... Ospedale.....

Donatore Volontario Periodico Gruppo di appartenenza.....  
Tessera.....

1) Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili? NO SI

2) Ha mai assunto sostanze stupefacenti ? NO SI

3) Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive e o in cambio di denaro o di droga? NO SI

4) Ha avuto rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive? NO SI

5) E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS? NO SI

6) Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS? NO SI

7) Ha sofferto delle comuni malattie dell'infanzia? NO SI

*Quali?.....*

8) Ha sofferto o soffre di malattie allergiche, autoimmuni, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, osteoarticolare, tumori maligni, tubercolosi, diabete, convulsioni e/o svenimenti, attacchi epilettici, episodi febbrili o sindromi influenzali, malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive, ittero e/o epatite, malattie renali, ematologiche, reumatiche, tropicali? NO SI

*Quali?.....*

9) E'attualmente in buona salute? NO SI

- 10) Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? NO SI
- 11) Ha ingerito di recente ( meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici? NO SI
- 12) E' stato sottoposto recentemente a medicazioni? NO SI
- 13) Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? NO SI
- 14) Ha sofferto di febbri di natura ignota? NO SI
- 15) Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche ? NO SI
- 16) E' dedito all'alcool? NO SI
- 17) E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? NO SI

*Quale?..... Quando?.....*

- 18) In famiglia vi sono stati casi di malattia di Cretzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? NO SI
- 19) E' stato sottoposto a trapianto di cornea o di dura madre? NO SI
- 20) Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari ? NO SI
- 21) Dove ha vissuto negli ultimi tre anni? .....
- 22) Ha fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero? NO SI

*Dove?..... Quando?..... Per quanto tempo.....*

- 23) Le è mai stato detto in precedenza di non donare il sangue ? NO SI
- 24) E' mai stato sottoposto a trapianto di tessuti o di cellule? NO SI

**Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi dodici mesi:**

- 25) E' stato sottoposto ad interventi chirurgici? NO SI

*Quali?..... Quando?.....*

- 26) Ha effettuato indagini endoscopiche ? NO SI
- 27) Ha effettuato terapie che comportano l'uso di catetere? NO SI
- 28) Ha effettuato cure odontoiatriche? NO SI
- 29) Si è sottoposto a tatuaggi? NO SI
- 30) Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo ? NO SI

● **SANGUE: DONAZIONE E AUTODONAZIONE**

---

- 31) Si è sottoposto ad agopuntura ? NO SI
- 32) E' stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati? NO SI
- 33) Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? NO SI
- 34) E' stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue? NO SI
- 35) Ha avuto gravidanza o interruzione di gravidanza? NO SI
- 36) E' in gravidanza? NO SI
- 37) Ha attività o hobby rischiosi? NO SI
- 38) Da quante ore è digiuno? .....

*Note anamnestiche rilevanti raccordo anamnestico*

---

---

---

---

---

**CONSENSO ALLA DONAZIONE ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*Il/La sottoscritto/a dichiara di aver visionato il materiale informativo sull'AIDS ed altre malattie infettive trasmissibili e di averne compreso compiutamente il significato, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza del ricevente il sangue donato, di aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di prelievo proposta, di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso, di non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione e che nelle 24 ore successive alla donazione non svolgerà attività o hobby rischiosi.*

*Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.*

Data, .....

Firma del candidato donatore.....

Firma del sanitario che ha effettuato l'intervista.....

**REQUISITI PER L'ACCETTAZIONE DEL CANDIDATO DONATORE**

**CARTELLA CLINICA**

Età .... Peso Kg. .... Altezza cm ..... P.A. max ..... /min .....  
Frequenza(batt/min) ..... - Hb ..... .gr/dl ALT ..... (predonazione)

**ESAME OBIETTIVO:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

▪ IDONEO alla donazione di ..... SI NO  
motivo .....

▪ SOSPESO temporaneamente SI per giorni.....  
motivo: .....

Periodo di sospensione .....

Prossimo controllo .....

▪ SOSPESO definitivamente SI  
motivo: .....

FIRMA MEDICO

.....

**PRELIEVO**

Data e ora della donazione..... Quantità prelevata.....

Malessere .....

REAZIONI Lipotimia .....

Altre reazioni .....

Terapie praticate.....

FIRMA DEL MEDICO

.....

N° PROGRESSIVO DELLA DONAZIONE (autoadesivo).....

CODICE DELLA SACCA ..... DATA SCADENZA

DELLA SACCA .....

**DETERMINAZIONE DEL GRUPPO**

GRUPPO ABO                      RH                      KELL                      CELLANO                      FENOTIPO RH

.....

.....

**ESAMI DI LEGGE**

VDRL/TPHA = NEG POS; HBSag = NEG POS; HCV = NEG POS;

HIV 1-2 = NEG POS; VES = ..... ; ALT = .....U/L ; AST = .....U/L

RICERCA ALLOANTICORPI = .....

ALTRI ..... Richiamato per il  
seguito motivo .....

Il Responsabile del Settore: \_\_\_\_\_

**MODULO DI RICHIESTA AUTODONAZIONE**

**MODULO RICHIESTA PROCEDURA AUTODONAZIONE PER PREDEPOSITO**

**Il sottoscritto dott.....medico curante del Signor:**

- Cognome ..... Nome .....  
nato a ..... il ..... residente a  
..... via ..... tel.casa  
..... tel.ufficio ..... cell. .... documento  
.....
- Dichiaro che il sopraddetto paziente dovrà essere sottoposto ad intervento chirurgico da  
effettuarsi il ..... presso  
l'Ospedale/casa ..... di ..... cura  
.....
- Diagnosi ..... tipo ..... d'intervento  
.....  
unità di sangue necessarie per l'intervento .....
- Richiede per tale intervento programmato n°..... unità di sangue autologo
- Dichiaro che il paziente è attualmente in terapia con  
.....

**DA COMPILARE SOLO SE RICHIESTO**

- Essendo il paziente domiciliato fuori Provincia/Regione, si chiede che la procedura di  
predeposito avvenga presso il Centro trasfusionale competente della Città di  
residenza ..... tel... ..
- Dati i tempi ristretti di programmazione dell'intervento, si chiede che venga attuata la  
procedura di predeposito più breve (intervallo di 72 ore), a tal fine s'instaura terapia  
marziale a partire dalla data odierna.
- Richiede la procedura in regime di ricovero, e a tal fine comunica che il paziente è  
ricoverato presso .....  
Ospedale/casa di cura ..... dal .....

Data, .....

Timbro e firma medico curante

.....

## **CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE PLACENTARE**

Dichiaro la mia disponibilità alla raccolta al momento del parto, del sangue placentare a scopo di trapianto. Sono a conoscenza che ciò non comporterà spese a mio carico e nessun vantaggio economico.

Sono stata informata delle possibilità di utilizzo del sangue placentare, dal cordone ombelicale dopo la sua resezione, come fonte di cellule per il trapianto in alternativa al midollo osseo. Sono stata inoltre rassicurata che la raccolta del sangue placentare non comporta alcun rischio per il bambino, perché viene effettuata dopo la sua nascita, e nessun disturbo per me.

Sono inoltre disponibile a sottopormi ad un prelievo di 10-15 ml di sangue periferico al momento del parto per effettuare gli esami previsti per la sicurezza di ogni donazione di sangue e di organi (marcatori per i virus dell'epatite e l'HIV) e per lo studio della compatibilità (tipizzazione HLA).

Sempre per la sicurezza della donazione sono disposta a sottopormi ad un altro prelievo di sangue per lo studio virologico sei mesi dopo il parto, solo qualora la donazione sia risultata idonea per la registrazione nell'ambito della banca. Sono a conoscenza che, se non idonea, la donazione potrebbe essere eliminata o utilizzata a scopi di ricerca.

Qualora un test risultasse alterato desidero/non desidero essere informata.

Dichiaro di non avanzare in futuro dei diritti sul campione di sangue di cordone e sono informata che i dati della sua tipizzazione saranno inseriti attraverso un computer in un Registro Internazionale di Donatori di sangue di Cordone, identificabili solo con un codice e che quindi i miei dati personali e quelli del cordone saranno garantiti dalla più assoluta segretezza.

**SCO (\*)**

---

Cognome:..... Nome:.....

Data di nascita:.....

Indirizzo: Via..... n°.....

Città:..... Tel:.....

Data:..... Firma:.....

Il Referente Medico ..... Firma.....

---

(\*) SCO: Sangue Cordone Ombelicale