



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

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

Cognome da nubile: \_\_\_\_\_

Data di nascita:

Entnahmenummer:

La preghiamo di compilare il modulo (pagina 2 e 3) solamente il giorno della donazione con una penna blu o nera dopo aver letto le informazioni allegate.

Per un'identificazione certa la preghiamo d'inserire la sua data di nascita:

Giorno Mese Anno

**Da compilare solo in caso di variazione dei dati personali:**

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

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP e località: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. privato: \_\_\_\_\_ Tel. sede di lavoro: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Da compilare dal personale. Personaldaten überprüft und mit CTS verifiziert. Visum:

Blutdruck <input type="text"/> max. 180/110 min. 100/50	Temperatur <input type="text"/> max. 38°	Visum <input type="text"/>	Extra <input type="text"/>	ACD <input type="text"/>	Ausw. <input type="text"/>	Arzt <input type="text"/>	RW <input type="text"/>
Puls <input type="text"/> max. 100 min. 50	HB F 125-165 M 135-185	Visum <input type="text"/>	Gewicht <input type="text"/>	Grösse <input type="text"/>	KK <input type="text"/>	ME <input type="checkbox"/>	mRö <input type="checkbox"/>

Grund:

oRö:

Phlebotomistin <input type="text"/>	Beginn <input type="text"/>	Ende <input type="text"/>	Entn.-Dauer/Visum <input type="text"/>	Entn.-Menge <input type="text"/>	Lot-Nummer <input type="text"/>
--	--------------------------------	------------------------------	---	-------------------------------------	------------------------------------

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
Visum: \_\_\_\_\_

Quelle: V BSD SRK/Medizinischer Fragebogen 1.1.2010. ZHBSD Version 07



# Questionario medico

Rispondere con X ad ogni domanda

	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. Nelle ultime 72 ore ha subito un trattamento dentario o d'igiene dentaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto delle cure mediche o ha avuto febbre oltre 38°C?	<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 Proscar® (iperplasia prostatica), di Roaccutan® (acne), di Propecia® (calvizie) oppure negli ultimi 6 mesi di Avodart® (iperplasia prostatica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason®/ Soriatane® (psoriasis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) È stato sottoposto ad una immunoterapia (cellule o siero d'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, l'epatite B, 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? a) Malattie cardiache/circolatorie o polmonari (ad. es. ipertensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, perditi di coscienza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Malattie della pelle (ad. es. ferite, eruzioni, eczemi) 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), Abuso (d'alcool, droghe o medicinali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Nel corso degli ultimi 12 mesi o dopo la sua ultima donazione di sangue ha <input type="checkbox"/> sofferto di una malattia? <input type="checkbox"/> avuto un incidente? <input type="checkbox"/> subito una operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Si	No	Visto
10. a) Ha ricevuto un trapianto d'organo o di tessuto umano o animale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 1. 1. 1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Lei/un membro della sua famiglia è o è stato affetto 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 totale di 6 mesi o più, in Gran Bretagna o in Irlanda del Nord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Ha ricevuto una trasfusioni di sangue dopo il 1. 1. 1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Ha viaggiato fuori dall'Europa nel corso degli ultimi 6 mesi? a) Se sì, dove? _____ Da quando è ritornato? _____ b) Ha accusato dei sintomi (ad. es. febbre) sul posto o dopo il ritorno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, precisare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Ha già sofferto di una o più crisi di malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) È nato(a), è cresciuto(a) o ha vissuto più di 6 mesi in una regione malarica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a) Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie: <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/> Borreliosi <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/> malattia di Chagas <input type="checkbox"/> Infezione ossea <input type="checkbox"/> Febbre Q <input type="checkbox"/> Leishmaniosi Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Nel corso delle ultime 4 settimane ha avuto un contatto con una persona che soffre di una malattia infettiva? Se sì, precisare? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Nel corso degli ultimi 6 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> un tatuaggio <input type="checkbox"/> una gastro-, coloscopia <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura <input type="checkbox"/> una depilazione con aghi <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> un maquillage permanente <input type="checkbox"/> una ferita con un ago sporco Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. a) Ha in passato sofferto d'un ittero (epatite) o di un test positivo per l'epatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

# Questionario medico

Rispondere con X ad ogni domanda

	Si	No	Visto
b) Qualcuno della sua famiglia, o della sua cerchia di amici, oppure il(la) suo(a) partner sessuale abituale ha sofferto di un ittero (epatite) nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Si è esposto ad una delle situazioni a rischio seguenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Cambiamento del partner sessuale nel corso degli ultimi 6 mesi o rapporti sessuali con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi (rapporti protetti o no)			
b) Nel corso degli ultimi 5 anni, soggiorno durante almeno 6 mesi in un paese la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS)			
c) Rapporti sessuali tra uomini a partire dal 1977			
d) Rapporti sessuali dietro remunerazione a partire dal 1977			
e) Iniezioni di droghe attualmente o in passato			
f) Test positivo per la SIDA (AIDS), la sifilide o le epatiti B e C			

Entnahmenummer:

	Si	No	Visto
17. Ha avuto, nel corso degli ultimi 12 mesi, dei rapporti sessuali con dei(delle) partner esposti(e) a una delle situazioni a rischio menzionate al punto 16 o che hanno ricevuto trasfusioni di sangue in paesi la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Concerne unicamente le donne:</b>			
18. a) È già stata incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____			
19. Ha ricevuto delle iniezioni d'ormoni a causa di una sterilità prima del 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Formulario di consenso informato da completare e firmare da parte del(la) donatore(trice) di sangue

- Acconsento con la presente a donare il mio sangue.
- Sono stato informato che possiedo la possibilità di ritirarmi della donazione ad ogni momento durante o dopo il dono senza spiegazione o di vietare l'uso del sangue donato.
- Confermo con la mia firma di aver letto e compreso tutte le informazioni del foglio informativo per donatori di sangue (versione 07) e che mi sono state fornite tutte le spiegazioni necessarie.
- Confermo che i miei dati personali sono corretti e d'aver risposto in tutta coscienza al questionario.
- So che il sangue che io dono viene sottoposto a dei test biologici che possono comportare, se necessario, delle tecniche genetiche e che un campione del mio sangue sarà conservato per eventuali controlli, secondo la legge sui prodotti terapeutici. Accetto d'essere informato sui risultati in caso di anomalia.
- Sono a conoscenza che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.
- Acconsento che la mia donazione o alcuni suoi componenti siano utilizzati per la ricerca medica dopo anonimizzazione definitiva.
- Sono consapevole che queste informazioni sottostanno al segreto medico e che tutti i dati sono utilizzati esclusivamente da parte del Servizio Trasfusionale della CRS (STS CRS) e da parte dei Servizi Trasfusionali Regionali CRS (SRTS CRS).

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

(si prega di riempire in stampatello)

Data:

Firma:

### Bemerkungen Anamnese:

zu Frage:

zu Frage:

zu Frage:

zu Frage:

	Spendetauglich	Rückweisung	Ausschluss	Datum	Visum
Fragebogen kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HB, Puls, BD kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Schlusskontrolle:

**Grazie per la vostra donazione.**

## Foglio informativo per i donatori di sangue (versione 07)

### Rischi per il donatore

La donazione di sangue consiste in una puntura venosa alla piega del gomito che permette di prelevare mediamente 500 ml di sangue in circa 12 minuti. Questa rapida perdita di sangue è generalmente ben sopportata da una persona in buona salute. Le vostre risposte al questionario medico, il controllo della pressione arteriosa ed il dosaggio dell'emoglobina ci permettono di evitarle di donare il sangue qualora esistesse una situazione tale da rappresentare un pericolo prevedibile per la sua salute. Ciononostante, malgrado tutte le precauzioni prese, alcuni inconvenienti indesiderabili non possono essere esclusi:

- Calo della pressione arteriosa all'origine di un malessere
- Manifestazioni locali a livello della zona di puntura (ematoma o lesioni di un nervo sottostante)

La maggior parte di questi inconvenienti è di scarsa gravità e di durata molto corta. Ma delle complicazioni eccezionali (ad es. una riduzione della mobilità del braccio) non possono essere totalmente escluse. Il suo Centro Trasfusionale le darà tutte le precisazioni utili sul modo per evitarle ed eventualmente trattarle.

### Misure precauzionali tendenti a ridurre il rischio per il ricevente:

#### 1. Situazioni a rischio

Esiste un rischio quando degli agenti infettivi presenti nel suo sangue possono essere trasmessi ad un paziente, anche se non è o non si sente ammalato. È sulla base delle sue risposte al questionario medico che cerchiamo di valutare questo rischio. Il STS CRS ha definito delle direttive chiare che permettono di determinare la sua attitudine alla donazione di sangue. Di conseguenza può essere escluso in modo temporaneo o definitivo dalla donazione di sangue.

Le situazioni a rischio seguenti contro-indicano la donazione di sangue in modo definitivo
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Test positivo per i marcatori dei virus della SIDA (HIV), dell'epatite C, dell'epatite B (evolutiva) e dell'agente della sifilide</li> <li>2. Rapporti sessuali* tra maschi con uno o più uomini a partire dal 1977</li> <li>3. Rapporti sessuali* dietro remunerazione a partire dal 1977</li> <li>4. Iniezioni di droghe (attualmente o nel passato)</li> <li>5. Malattie della coagulazione trattate con derivati del sangue (plasma o frazioni)</li> </ol>

Le situazioni a rischio seguenti contro-indicano temporaneamente la donazione di sangue
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Soggiorno, nel corso dei 6 mesi passati, in una regione dove è presente la malaria, in assenza di qualsiasi problema di salute (in caso di malattia con febbre segnalarlo al medico dei donatori in quanto la contro-indicazione è, in questo caso, più lunga)</li> <li>7. Gonorrea o altre malattie veneree nel corso degli ultimi 12 mesi, o soggiorno alla prigione più di 72 ore negli ultimi 6 mesi, oppure contatti sessuali con gli occupanti</li> <li>8. Cambiamento del partner sessuale* nel corso degli ultimi 6 mesi</li> <li>9. Rapporti sessuali* con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi</li> <li>10. Soggiorno durante almeno 6 mesi, nel corso degli ultimi 5 anni, in paesi la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS)</li> <li>11. Rapporti sessuali*, nel corso degli ultimi 12 mesi, con dei partner esposti(e) ad una delle situazioni a rischio menzionate ai punti da 1 o 5 o da 7 a 10,</li> <li>12. Rapporti sessuali* nel corso degli ultimi 12 mesi, con dei partner che hanno ricevuto delle trasfusioni di sangue o di prodotti sanguigni nel corso degli ultimi 5 anni in paesi la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS),</li> <li>13. Portatore di piercing agli organi genitali</li> </ol>

\* protetti o no

#### 2. Test biologici

La ricerca, in modo sistematico, del virus della SIDA (HIV), delle epatiti (B e C) e dell'agente della sifilide è praticata in occasione d'ogni donazione di sangue. Qualora uno di questi test sia reattivo sarà immediatamente informato ed il sangue donato non sarà trasfuso. Ciononostante esiste sempre un certo intervallo di tempo tra il momento della contaminazione e quello a partire dal quale i test biologici diventano reattivi. È perciò possibile che un agente infettivo sia trasmesso al ricevente senza che il centro trasfusionale possa riconoscerlo ed evitarlo. Perciò, è molto importante rispondere in modo sincero a tutte le domande.

Allo stesso modo, i gruppi sanguigni ABO, Rhesus D ed eventualmente altri gruppi importanti in medicina trasfusionale sono determinati per ogni donatore (se necessario con metodi genetici).

### 3. Si prega di informare il più presto possibile il vostro centro trasfusionale

- se, nel corso dei prossimi giorni, lei si ammalasse o se una persona del suo ambiente vicino dovesse soffrire di una malattia contagiosa,
- se lei si rendesse conto di non aver risposto in modo appropriato al questionario medico,
- in caso di apparizione di una complicazione in seguito alla donazione di sangue. In caso di danni documentati disponiamo di una assicurazione di responsabilità civile.

Le informazioni date nell'ambito di una donazione di sangue sottostanno al segreto medico. Non possono essere utilizzate che da parte del Servizio Trasfusionale CRS e dei Servizi Trasfusionali Regionali della CRS.

Per evitare l'insorgenza di problemi durante il prelievo di sangue, elenchiamo qui di seguito i classici criteri in base ai quali i donatori/le donatrici, per motivi di salute o per il tipo di farmaci che stanno assumendo, non possono **temporaneamente** o **definitivamente** donare sangue. Beva abbondantemente e mangi qualcosa prima di effettuare la donazione. Al termine della donazione sarebbe opportuno che si concedesse un po' di tempo per consumare un spuntino, che saremo lieti di offrirle. La prima volta che si presenterà da noi porti con sé **un documento d'identificazione con la sua foto** e calcoli un periodo sufficiente di tempo per la donazione.

#### Non può **temporaneamente** donare sangue:

- Finché è presente erpete febrile
- Dopo ferite profonde
- Dopo un intervento dentistico o d'igiene dentaria (72 ore)
- Durante il raffreddore (7 giorni della guarigione)
- Dopo una malattia accompagnata da febbre superiore a 38°C
- Dopo la presa d'alcuni farmaci: antibiotici, compresse con proprietà antimicotiche (2 settimane)
- Dopo l'aggiustamento o cambiamento dei farmaci per l'ipertensione
- Dopo una malattia con febbre e delle ripetute diarree
- Dopo una vaccinazione (in base al tipo della vaccinazione: da 48 ore a 4 settimane)
- Dopo un soggiorno nel continente nordamericano incluso Messico e Hawaii (4 settimane)
- Dopo un soggiorno in una regione di rischio per la febbre Chikungunya, Dengue (4 settimane) o altre malattie trasmissibili (vedi: <http://www.blutspendezurich.ch>, sezione Formulare und Dokumente)
- Prima d'un intervento chirurgico programmato
- Dopo un intervento chirurgico (da 1 a 12 mesi)
- Dopo una puntura di zecca (3 mesi, e 6 mesi dopo la terapia con antibiotici in caso di sospetto di Borreliosi)
- Dopo un'endoscopia (gastrosopia o colonoscopia, 6 mesi)
- In caso di presa dei prescritti farmaci contro gli ulcersi gastrointestinali (3 mesi della sospensione dei farmaci)
- Dopo il soggiorno in una zona con sospetto di malaria, incluso la parte asiatica della Turchia (6 mesi)
- Dopo un morso (14 giorni a 12 mesi)
- Dopo un'epatite virale (2 anni)
- Con epilessia (fino a 3 anni dopo l'ultima presa dei medicinali)
- In caso di piercing agli organi genitali (fino a 2 settimane dopo il loro allontanamento). Altri piercing, tempo d'attesa 72 ore, in caso d'infezione il tempo è prolungato
- Dopo l'incisione di un tatuaggio o un make-up permanente (6 mesi)

#### Non può **definitivamente** donare sangue:

- Dopo trapianti di tessuto umano o animale (escluso trapianti dentali)
- In caso di trasfusioni di sangue dopo il 1980
- In caso d'angina pettorale, alla presenza di pace-maker, dopo un infarto del miocardio, dopo interventi di by-pass o impianto di stenti, e con la profilassi contro l'endocardite
- In caso di gravi affezioni polmonari croniche
- In caso di cancro (anche se operato), ad eccezione del basalioma e dopo completa guarigione di un cancro all'utero (cervicale nel stadio I)
- In caso d'operazione al cervello e al midollo spinale
- Soggiorno in Gran Bretagna o Irlanda del Nord (tra il 1980 e 1996 per un periodo complessivo di 6 mesi)
- Diabete insulino-dipendenti

I conducenti d'autobus, di treni e di taxi e altre persone con analoghe responsabilità dirette per la vita di terzi non dovrebbero riprendere il lavoro prima di 12 ore dopo la donazione, i piloti non prima di 24 ore. I donatori/le donatrici che praticano hobby come le immersioni subacquee o il paracadutismo, dovranno astenersene per almeno 48 ore dopo la donazione di sangue.

Dopo la donazione è opportuno evitare attività fisiche pesanti fino al giorno successivo.

**In avvenire preghiamo tutti i donatori/le donatrici dopo il 65<sup>esimo</sup> compleanno compiuto di compilare ulteriormente una forma in cautela della loro salute attuale.**

Il servizio di donazione del sangue della CRS è consapevole del fatto che queste domande invadano la sua sfera privata. Nel interesse del ricevente del suo sangue e della sua salute riflette sulle situazioni descritte e risponde coscientemente alle domande.

**Queste informazioni non sono conclusive. In caso di dubbio o qualsiasi chiarimento e ulteriori informazioni può chiamare il numero 0840 200 300.**

La ringraziamo per la sua volontà di donare sangue!