



EDV-Eingabe:	ja <input type="checkbox"/>
Kontrolle Datum:	Visum:

**La preghiamo di usare esclusivamente il formulario attuale (www.blutspendezurich.ch
-> Spender, Formulare) e di compilarlo solo prima della donazione!**

Entnahmenummer:

La preghiamo di compilare il formulario (pagina 2 e 3) solamente il giorno della donazione con una penna indelebile 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
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

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:

Vom Entnahmepersonal auszufüllen: Personenidentifikation: i.O. nein Visum:

Blutdruck <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> max. 180/100 min. 100/50	Puls <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> max. 100 min. 50	Visum <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	Extra <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	ACD <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Ausw. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Arzt <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	RW <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
HB <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> F 125-165 M 135-185	Visum <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Gewicht <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	Grösse <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	KK <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	ME <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mRö <input type="checkbox"/> oRö	

Phlebotomist/-in	Beginn	Ende	Entn.-Dauer/Visum	Entn.-Menge	Lot-Nummer
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>					

Bemerkungen:

Visum: _____

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.02.2025, ZHBSD Version 21



Questionario medico

Rispondere con X ad ogni domanda

	Sì	No	Visum ZHBSD
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. Ritiene di essere attualmente in buona salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Negli ultimi 14 giorni ha subito un trattamento dentario o d'igiene dentaria?	<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?	<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. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® o Proscar®) o contro l'acne (ad es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Toctino®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nel corso degli ultimi 4 mesi ha assunto una terapia antiretrovirale PEP/PrEP (ad es. Truvada®, Isentress®, Prezista® o Norvir®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason®, Acucitan® 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 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 degli ultimi 4 settimane, ha ricevuto altre vaccinazioni? Se sì, quali e 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, ipotensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, perdite di coscienza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Malattie della pelle (ad es. ferite, eruzioni, eczemi, herpes labialis) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, farmaci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Altre malattie (ad es. diabete, trombosi, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro, osteoporosi), abuso (d'alcool, droghe o medicinali)?	<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"/> 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?	<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"/>	

	Sì	No	Visum ZHBSD
d) Lei o un Suo parente consanguineo 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 complessiva di 6 mesi o più nel Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole del Canale, Gibilterra e Isole Falkland)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Ha ricevuto una trasfusione di sangue dopo il 1.1.1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 12 mesi? a) Se sì, dove e per quanto tempo? _____ _____ Da quando è ritornato(a)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha avuto dei sintomi (ad es. febbre) sul luogo o al suo ritorno? Se sì, specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) È nato(a) in un paese fuori dalla Svizzera, è cresciuto(a) lì o ci ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____ Se sì, da quando vive in Svizzera? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Sua madre è nata in un paese extraeuropeo, è cresciuta lì o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a) Si è ammalato(a) negli ultimi 6 mesi di: <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/> Mononucleosi infettiva <input type="checkbox"/> Amebiasi <input type="checkbox"/> Schigellosi <input type="checkbox"/> FSME 12 mesi di: <input type="checkbox"/> Bilarziosi <input type="checkbox"/> Gonorrea 2 anni di: <input type="checkbox"/> Osteomielite <input type="checkbox"/> Febbre reumatica <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente <input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Febbre Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha in passato sofferto di una di queste malattie infettive: <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Malattia di Chagas <input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/> Echinococcosi <input type="checkbox"/> Leishmaniosi <input type="checkbox"/> Linfogranuloma venereo <input type="checkbox"/> Filariosi <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Ebola? o altre infezioni gravi? Se sì, quali? Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) punto(a) da una zecca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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? Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> una gastroscopia, una coloscopia <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura <input type="checkbox"/> una depilazione con aghi <input type="checkbox"/> un tatuaggio <input type="checkbox"/> trattamenti cosmetici (ad esempio un maquillage permanente o microblading) <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> un contatto con sangue estraneo (ferita con una puntura d'ago, spruzzi di sangue negli occhi, nella bocca o un'altra parte del corpo)? Se sì, quando? _____ Dove? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Questionario medico

Rispondere con X ad ogni domanda

	Sì	No	Visum ZHBSD
15. Ha in passato sofferto d'un ittero (epatite) o di un test positivo per l'epatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Si è esposto(a) ad una delle situazioni a rischio seguenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Ha cambiato partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha avuto rapporti sessuali (rapporti protetti o non) con più di due persone negli ultimi 4 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ha avuto rapporti sessuali sotto l'influenza di droghe sintetiche nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Ha avuto rapporti sessuali per quali ha ricevuto denaro o altri benefici (droghe o farmaci) nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Ha preso droghe tramite iniezione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Ha già avuto un test positivo all'HIV (AIDS) o all'itterizia (epatite B o C)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Ha già contratto la sifilide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Qualcuno della Sua famiglia, o della Sua cerchia di amici, oppure il(la) Suo(Sua) partner sessuale abituale ha contratto l'ittero (epatite B o C) nel corso degli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Il(la) Suo(Sua) partner sessuale ha sofferto di Zika nel corso degli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Entnahmenummer:

	Sì	No	Visum ZHBSD
17. a) Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, un rapporto sessuale con partner che sono stati esposti ai rischi indicati alla domanda 16?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) 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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risposta solo per le donne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. • È già stata incinta? Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ha ricevuto delle iniezioni d'ormoni a causa di infertilità prima del 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Formulario di consenso informato da completare e firmare da parte del donatore (donatrice) di sangue

- Acconsento con la presente a donare il mio sangue.
- Sono stato(a) informato che ho 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 le donatrici ed i donatori di sangue (versione 21) 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(a) sui risultati in caso di anomalia.
- Sono d'accordo che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.
- Accetto che parti della mia donazione di sangue vengono utilizzate a scopo didattico e per il miglioramento della diagnostica medica, ad es. per la produzione, lo sviluppo e il controllo di qualità di test, dispositivi e processi di laboratorio. La protezione dei dati e il divieto di commercializzazione saranno sempre rispettati.
- I dati personali raccolti nell'ambito della donazione sono soggetti al segreto professionale. I dati personali vengono utilizzati solo all'interno della trasfusione CRS Svizzera e dei servizi trasfusionali regionali CRS.
- 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.

Cognome: (si prega di compilare in stampatello)

Nome:

Data di nascita:

Data:

Firma:

Bemerkungen Anamnese:

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 sua donazione.



Foglio informativo per le donatrici e i donatori di sangue (versione 21)

Sangue e trasfusioni di sangue

Il sangue e i suoi componenti adempiono molte funzioni vitali per il corpo umano. Nei malati e negli infortunati può essere necessaria una trasfusione di sangue per salvare la loro vita o per permetterne la guarigione. La trasfusione è possibile soltanto se si trova un numero sufficiente di donatrici e donatori di sangue volontari sani. Maggiori informazioni sulla funzione del sangue, sui diversi tipi di emoprodotti e sulla loro utilità per i pazienti, sono disponibili sul [sito internet di Trasfusione CRS Svizzera](#).

Ha inoltre la possibilità di porre ulteriori domande in qualsiasi momento.

La donazione di sangue

La donazione di sangue consiste in una puntura venosa alla piega del gomito che permette di prelevare mediamente 500ml di sangue in 10-12 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. Malgrado tutte le precauzioni prese, alcuni inconvenienti indesiderabili non possono essere esclusi:

- Calo della pressione arteriosa temporaneo. Perciò si richiede dopo la donazione un periodo di riposo di 10 minuti, e, subito dopo, un piccolo spuntino (assumere liquidi non alcolici e mangiare qualcosa).
- 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 breve durata. Ma complicazioni eventualmente gravi (ad es. riduzione della mobilità del braccio a lungo termine, caduta) 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:

Leggete attentamente le seguenti informazioni sulle situazioni di rischio, i test biologici e le informazioni postdonazione per evitare danni a chi riceve il Vostro sangue:

1. Situazioni a rischio

Esiste un rischio quando degli agenti infettivi presenti nel Suo sangue possono essere trasmessi a un paziente, anche se Lei non è o non si sente ammalato(a). È sulla base delle sue risposte al questionario medico che cerchiamo di valutare questo rischio. Prendetevi il tempo necessario per controllare le vostre risposte, poiché è estremamente importante che rispondiate al questionario in modo veritiero. Trasfusione CRS Svizzera ha definito prescrizioni chiare che permettono di determinare la sua attitudine alla donazione di sangue. Di conseguenza porta a un'esclusione in modo temporaneo o definitivo dalla donazione di sangue.

Le situazioni a rischio seguenti rappresentano una controindicazione definitiva alla donazione di sangue

1. Test positivo per i marcatori dei virus dell'HIV (AIDS), dell'epatite C o B e dell'agente della sifilide
2. Iniezioni di droghe (attuale o nel passato)
3. Trasfusione di sangue dal 1.1.1980
4. Soggiorno di almeno sei mesi o più nel Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole del Canale, Gibilterra, Isole Falkland) tra il 1.1.1980 e il 31.12.1996

Le situazioni a rischio seguenti possono rappresentare una controindicazione temporanea alla donazione di sangue

5. Rapporto sessuale* in cambio di denaro, droga o farmaci
6. Malattie veneree (con o senza trattamento) nel corso degli ultimi 12 mesi
7. Rapporto sessuale con un nuovo o una nuova partner* nel corso degli ultimi 4 mesi.
Per «nuovo o nuova partner» si intende:
 - una persona con la quale non aveva ancora avuto un contatto sessuale OPPURE
 - un ex partner con cui ha ripreso una relazione sessuale negli ultimi 4 mesi.
8. Rapporto sessuale* con più di due persone nel corso degli ultimi 4 mesi
9. Soggiorni all'estero negli ultimi 6 mesi (informazioni più dettagliate sono disponibili sul sito www.blutspende.ch sotto il termine Travelcheck)
10. Interventi/trattamenti medici o cosmetici, così come somministrazione di prodotti sanguigni stabili
11. Assunzione di una terapia antiretrovirale (PEP/PrEP) negli ultimi 4 mesi
12. Rapporto sessuale*, nel corso degli ultimi 4-12 mesi, con partner esposti(e) a una delle situazioni a rischio menzionate ai punti da 1 a 2 e da 5 a 9



* protetti o no

Può ritirarsi in qualsiasi momento prima, durante o dopo la donazione senza dover indicare i motivi della sua donazione di sangue e rifiutare l'impiego del sangue donato, a condizione che non sia stato trasfuso.

2. Test biologici

La ricerca sistematica del virus dell'AIDS (HIV), delle epatiti (A, B, C ed E), e dell'agente della sifilide e del virus Parvo B19 viene praticata in occasione della donazione di sangue. Informazioni su queste malattie e sulla loro via di trasmissione sono disponibili

sul [sito internet dell'UFSP](#). Qualora uno di questi test fosse positivo, lei sarà immediatamente informato(a) ed il sangue donato non verrà trasfuso. Ciononostante esiste sempre un certo intervallo di tempo tra il momento del contagio e quello a partire dal quale i test biologici diventano reattivi.



È quindi possibile che un agente infettivo sia trasmesso al ricevente senza che il centro trasfusionale possa riconoscerlo ed evitarlo. Per questo è molto importante rispondere in modo sincero a tutte le domande.

Allo stesso modo, i gruppi sanguigni AB0, Rhesus D ed eventualmente altri gruppi importanti in medicina trasfusionale sono determinati per ogni donatrice e ogni donatore (se necessario con metodi genetici).

3. Informazioni postdonazione

Dopo aver lasciato il luogo di donazione del sangue, è molto importante informare rapidamente il Servizio Trasfusionale:

- se, nel corso dei prossimi giorni, lei si ammalasse o se una persona del suo 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 comparsa di complicazioni in seguito alla donazione di sangue. In caso di danni documentati disponiamo di una assicurazione di responsabilità civile.

Un'informazione tempestiva può evitare che una malattia infettiva finora non riconosciuta venga trasmessa a un paziente tramite la trasfusione del suo sangue.

Le informazioni personali 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. I STR CRS sono tenuti per legge a notificare alle autorità le malattie soggette all'obbligo di notifica.

4. Informazioni generali

Per evitare l'insorgere 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 (bevande analcoliche) e mangi qualcosa prima di effettuare la donazione. Al termine della donazione sarebbe opportuno che si concedesse un po' di tempo per consumare uno 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 si può temporaneamente donare sangue:

- Finché è presente herpes febrile
- Dopo ferite profonde
- Dopo un intervento dentistico o d'igiene dentaria (24 ore a 14 giorni)
- Durante il raffreddore (7 giorni della guarigione) o dopo una malattia accompagnata da febbre superiore a 38°C
- Dopo l'assunzione/applicazione d'alcuni farmaci: antibiotici, compresse con proprietà antimicotiche (2 settimane)
- Dopo l'adattamento o cambiamento dei farmaci per l'ipertensione
- Dopo una malattia con febbre e delle ripetute diarree
- Dopo una vaccinazione (a seconda del tipo di vaccinazione: da 48 ore a 4 settimane)
- Dopo un soggiorno in una regione di rischio per la febbre Chikungunya, Dengue, virus West-Nile (4 settimane) o altre malattie trasmissibili ([blutspendezurich.ch](#), sezione Spender, Formulare); riguarda la maggioranza dei paesi extraeuropei (ad es. anche gli USA)
- Prima d'un intervento chirurgico programmato o dopo un intervento chirurgico (da 1 a 12 mesi)
- Dopo una puntura di zecca 1 mese, et in caso della malattia di lyme 2 settimane dopo la fine del trattamento e guarigione completa
- Dopo un'endoscopia (gastroscopia o colonscopia, 4 mesi)
- In caso di assunzione di farmaci prescritti contro ulcere gastrointestinali (3 mesi della sospensione dei farmaci)
- Durante la gravidanza, come pure per 12 mesi dopo il parto
- Dopo un morso (14 giorni a 12 mesi)
- In caso di epilessia (fino a 3 anni dopo l'ultima assunzione dei medicinali e se si è liberi da attacchi)
- Dopo l'incisione di un tatuaggio, piercing o un make-up permanente (4 mesi)
- Dopo il cancro per 1-5 anni, a seconda del decorso della malattia e dopo la valutazione da parte del medico del servizio di donazione di sangue
- Dopo un test positivo per SARS-COV-2 (COVID-19); maggiori informazioni su www.zhbsd.ch

Non si può donare sangue definitivamente:

- Dopo trapianti di tessuto umano o animale (escluso trapianti dentali)
- In caso d'angina pectoris, alla presenza di pace-maker, dopo un infarto del miocardio, e con la profilassi contro l'endocardite
- Dopo interventi di by-pass o impianto di stent
- In caso di gravi affezioni polmonari croniche
- In caso di tumori ematologici (tumori del sangue) o associati con virus
- In caso d'operazione al cervello e al midollo spinale
- Diabete insulino-dipendente
- Sintomatologia cronica della malattia di lyme



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 48 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. Normalmente l'idoneità alla guida dell'automobile è dopo 30 minuti dalla donazione. Dopo la donazione è opportuno evitare attività fisiche pesanti fino al giorno successivo.

La organizzazione Trasfusione CRS Svizzera è consapevole del fatto che queste domande invadano la sua sfera privata. Nell'interesse del ricevente del suo sangue e della sua salute rifletta sulle situazioni descritte e risponda coscientemente alle domande.

Queste informazioni non sono esaurienti. In caso di dubbio o per qualsiasi chiarimento e ulteriori informazioni può chiamare il numero 058 272 52 14.

La ringraziamo per la sua disponibilità a donare sangue!