AUSL VITERBO
REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE VITERBO - VIA ENRICO FERMI, 15 - 01100 VITERBO - P. IVA 01455570562
U.O.C. - S.I.M.T.

. Legge del 03/03/05 **CARTELLA DONAZIONE**

QUESTIONARIO

Ha sofferto delle comuni malattie dell'infanzia ?	Si	No
Se si quali ?		
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,epatite,malattie renali,ematologiche,reumatiche,tropicali ?	Si	No
E'attualmente in buona salute ?	Si	No
Sta facendo terapie farmacologiche o accert. medici?	Si	No
Ha ingerito negli ultimi 5 gg.aspirina o analgesici ?	Si	No
E' stato sottoposto recentemente a medicazioni ?	Si	No
Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi ?	Si	No
Ha sofferto di febbri di natura ignota ?	Si	No
Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche ?	Si	No
E' dedito all'alcool ?	Si	No
E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni ?	Si	No
Se si quali ? quando ?		
Ha mai assunto sostanze stupefacenti ?	Si	No
Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS,l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili ?	Si	No
Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive e/o in cambio di droga o denaro ?	Si	No
E'mai risultato positivo ai test per l'epatite o AIDS ?	Si	No
E'stato sottoposto a trapianto di cornea o dura madre	Si	No
In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeld Jakob,di insonnia mortale,di demenza,encefalopatie spongiformi ?	Si	No
Ha mai avuto rapporti sessuali con partner risultato positivo ai test per l'epatite B o C e/o per l'AIDS ?	Si	No
Ha ricevuto somministrazione di ormoni della crescita o di estratti ipofisari ?	Si	No
Dove ha vissuto negli ultimi tre anni ?		
Ha fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero ?	Si	No
Se si dove ? quando? Quanto tempo?		
Ha soggiornato nel Regno Unito tra il 1980 ed il 1996 ?	Si	No
E' in gravidanza ?	Si	No
E' stato mai sottoposto a trapianto di cellule o di Tessuti dall'ultima donazione o ultimi 12 mesi?	Si	No
Le è mai stato detto di non donare il sangue?	Si	No
Nel corso degli ultimi 4 mesi :		
Ha effettuato indagini endoscopiche ?	Si	No
Si è sottoposto a tatuaggi ?	Si	No
E'stato sottoposto a interventi chirurgici ?	Si	No
Se si quali ?		
Ha effettuato terapie con uso di catetere ?	Si	No
Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo ?	Si	No
Si è sottoposto ad agopuntura ?	Si	No
E' stato sottoposto a trasfusioni di sangue,di emocomponenti o somministrazione di emoderivati ?	Si	No
Si è ferito accidentalmente con siringhe o altri strumenti contaminati dal sangue ?	Si	No
E' stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue ?	Si	No
Ha avuto gravidanze o interruzione di gravidanza ?	Si	No
Ha attività o hobby rischiosi ?	Si	No
Ha avuto contatti diretti con malati di epatite o AIDS ?	Si	No
E' stato mai punto da zecche ?	Si	No
E' stato sottoposto a cure odontoiatriche ?	Si	No
Se si quando ?		
E' digiuno ?	Si	No
Da quante ore ?		

Consenso alla Donazione e al trattamento dei dati personali

Il Sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo sull'AIDS ed altre malattie trasmissibili e di averne compreso compiutamente il significato,di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario,essendo stato correttamente 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 proposta,di sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive alla stessa non svolgerà attività o hobby rischiosi.
Autorizza il personale della struttura trasfusionale al trattamento dei propri dati personali e sanitari,secondo le modalità previste dalla normativa vigente. N.B. Si autorizza il Centro Trasfusionale a trasmettere all'AVIS o alla Frates (Sezioni di rispettiva appartenenza) i dati anagrafici relativi alla donazione di sangue o plasma così specificati : N° donazione,cognome e nome,sezione di appartenenza,data donazione.Sono esclusi tutti i dati risultanti dagli esami di laboratorio allegati per la validazione biologica degli emocomponenti donati.

Viterbo…….

Firma del candidato Donatore_____

Firma del Medico che ha effettuato l'intervista_____

Caro amico la compilazione del questionario ed il colloquio preliminare con il Personale sanitario del S.I.T. hanno lo scopo di fornire al Donatore tutti i dati necessari per effettuare una sana donazione e di impedire di trasmettere malattie infettive a Persone già malate che ne aggraverebbero le condizioni di salute. Alcune abitudini di vita espongono al rischio di contrarre malattie infettive quali l'AIDS,l'epatite,la sifilide e di trasmetterle,in quanto i test di laboratorio non sono in grado di identificare i soggetti infettatisi di recente,poiché il nostro organismo non produce , nella fase iniziale (il cosiddetto periodo finestra),anticorpi.

Per questo motivo si rende necessario escludere dalla donazione,in maniera temporanea o definitiva,le persone che possono essere esposte a questi rischi. Si chiede pertanto di rispondere ,in maniera sincera,soprattutto alle domande riguardanti i rapporti sessuali con persone che non siano l'abituale Partner o con persone positive ai test per l'epatite, l'AIDS e per le persone che assumono sostanze stupefacenti per via endovenosa.

Il colloquio con il Personale Sanitario è strettamente riservato e vincolato al più rigoroso segreto professionale. Ricordiamo che la donazione non comporta nessun rischio di contrarre queste infezioni poiché viene utilizzato materiale monouso e sterile. Il Donatore ha la possibilità di chiedere spiegazioni in qualsiasi momento della donazione del plasma ,della donazione delle piastrine e dei leucociti. Il Donatore ha la possibilità di ritirarsi o rinviare la donazione in qualsiasi momento della procedura. Al Donatore saranno comunicate eventuali alterazioni delle analisi eseguite sulle unità,secondo le disposizioni di legge,e la sua donazione non sarà utilizzata. Si chiede al donatore di comunicare,nel più breve tempo possibile,eventuali malattie infettive insorte dopo la donazione,riguardanti in particolare le varie forme di epatiti, in modo che la struttura trasfusionale possa prendere provvedimenti per tutelare eventuali Pazienti trasfusi. Durante la donazione del sangue si possono manifestare effetti indesiderati quali lipotimia,sudorazione profusa,perdita di coscienza,attacchi convulsivi,nausea e vomito,collasso cardiocircolatorio,ematoma nella zona del prelievo.Brevemente esponiamo i segni e i sintomi di HIV e epatite C e B.

I Virus HIV (AIDS) . E' il virus responsabile dell'AIDS (Sindrome da Immunodeficienza acquisita),il cui contagio è legato esclusivamente all'utilizzo di stupefacenti per vena,ai rapporti sessuali con persone già infette (anche se apparentemente sane perché asintomatiche),trasfusioni di sangue o altri secreti.In caso di contagio HIV nella gran parte dei casi **non si manifestano sintomi** specifici per un periodo di tempo molto lungo che può arrivare ai sette anni. I test di laboratorio possono mettere in evidenza la presenza di anticorpi e quindi del contagio. Sono talora presenti alcuni sintomi minori quale sudorazione notturna,febbricola di n.d.d. , linfoghiandole ingrossate ed altri sintomi espressione di un danno parziale alle difese immunitarie dell'organismo. L'AIDS è la manifestazione conclusiva dell'infezione da HIV ed è caratterizzata dall'insorgenza di numerosi e disparati sintomi variabili in rapporto alla patologia infettiva o neoplastica che si manifestano nel soggetto contagiato.

Il virus dell'Epatite B e C sono virus responsabili dell'Epatite Virale di tipo B o C a trasmissione parenterale (riutilizzo di aghi , taglienti o strumenti contaminati da sangue infetto) , sessuale o via trasfusioni di sangue ed emoderivati. Le vie di contagio sono coincidenti con quelle del virus dell' HIV ,le loro manifestazioni cliniche sono caratterizzate da ittero della cute e delle sclere, emissioni di urine color marsala,debolezza fisica,febbre.

La malattia si può manifestare a distanza da pochi giorni a sei mesi dal momento del contagio. I medesimi virus possono essere responsabili di forme croniche associate a scarsi sintomi quali lieve debolezza fisica,digestione difficoltosa,sonnolenza post prandiale o talora a nessun sintomo. Sono disponibili farmaci e vaccini per impedire , curare e prevenire le epatiti.

Riteniamo opportuno mettere in evidenza il significato di alcuni termini importanti :

Consenso informato ; ha lo scopo di fornire al Donatore tutte le informazioni possibili sulla donazione del sangue e sulle eventuali complicanze al fine di esprimere una consapevole adesione.

Auto esclusione ; questo termine permette al Donatore di escludersi dalla donazione di sangue sia alla lettura del questionario sia ad avvenuta donazione in forma riservata attraverso il Personale medico del S.I.T.

Esclusione temporanea o permanente dalla donazione del sangue ; è legata a motivi sanitari e può essere limitata a pochi giorni,mesi.anni o per sempre.

Una donazione di sangue effettuata non rispettando le indicazioni sopra esposte ed una non accurata compilazione del questionario comporterebbe la trasmissione di malattie infettive a Persone già ammalate che aggraverebbero le loro condizioni di salute.