

**QUESTIONARIO PER L'AMMISSIONE ALLA DONAZIONE**  
**FAC-SIMILE A SOLO SCOPO INFORMATIVO,**  
**NON DA COMPILARE**

**Il questionario ufficiale lo dovrete compilare al centro trasfusionale il giorno stesso della donazione.**

| 1) STATO DI SALUTE PREGRESSO  | SI | NO | NOTE |
|---|----|----|------|
| 1.1. È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?   |    |    |      |
| 1.2. È stato mai affetto da:  |    |    |      |
| 1.2.1. malattie autoimmuni, reumatologiche, osteoarticolari   |    |    |      |
| 1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi   |    |    |      |
| 1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari   |    |    |      |
| 1.2.4. malattie neurologiche svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici                                  |    |    |      |
| 1.2.5. malattie respiratorie  |    |    |      |
| 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero  |    |    |      |
| 1.2.7. malattie renali  |    |    |      |
| 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione   |    |    |      |
| 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)   |    |    |      |
| 1.2.10. diabete, malattie del metabolismo   |    |    |      |
| 1.2.11. ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?   |    |    |      |
| 1.3. Ha mai avuto uno shock allergico?  |    |    |      |
| 1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di emoderivati? Se sì, quando? _____ |    |    |      |
| 1.5. È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?                         |    |    |      |
| 1.6. In famiglia vi sono stati casi di Creutzfeld Jacob ( "malattia della mucca pazza" )?                             |    |    |      |
| 1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?  |    |    |      |
| 1.8. È vaccinato per l'epatite B?   |    |    |      |
| 1.9. Ha mai sofferto della sindrome della stanchezza cronica (CFS)?   |    |    |      |
| 1.10. È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i paese/i?                                  |    |    |      |
| 1.11. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America Centrale, dell'America del sud o in Messico?                    |    |    |      |
| 1.12. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo dal 1980-1996?   |    |    |      |
| 1.13. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?   |    |    |      |

| <b>2) STATO DI SALUTE ATTUALE</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>NOTE</b> |
|---|-----------|-----------|-------------|
| 2.1. È attualmente in buona salute?   |           |           |             |
| 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?  |           |           |             |
| 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando? _____   |           |           |             |
| 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati, herpes, morsi di zecche)? |           |           |             |
| 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche?  |           |           |             |
| 2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?  |           |           |             |
| 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?  |           |           |             |
| 2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?  |           |           |             |
| 2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto a contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre) ?                 |           |           |             |
| 2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o altrui salute o pratica hobby pericolosi?  |           |           |             |
|   |           |           |             |
| <b>3) SOLO PER LE DONATRICI</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>NOTE</b> |
| 3.1. E' attualmente in gravidanza?  |           |           |             |
| 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi ?   |           |           |             |
| 3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?   |           |           |             |
|   |           |           |             |
| <b>4) FARMACI, VACCINI, SOSTANZE DI ABUSO</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>NOTE</b> |
| 4.1 Ha assunto o sta assumendo:   |           |           |             |
| 4.1.1 farmaci per prescrizione medica   |           |           |             |
| 4.1.2 farmaci per propria decisione   |           |           |             |
| 4.1.3 sostanze / integratori / principi attivi per attività sportiva e altri prodotti acquistati via internet o al di fuori della distribuzione autorizzata?                        |           |           |             |
| 4.2 Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?  |           |           |             |
| 4.3 E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?  |           |           |             |
| 4.4 Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?  |           |           |             |
| 4.5 Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?  |           |           |             |
|   |           |           |             |
| <b>5) ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI<br/>CON LA TRASFUSIONE</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>NOTE</b> |
| 5.1 Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?  |           |           |             |
| 5.2 Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?  |           |           |             |
| 5.3 Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?   |           |           |             |
| 5.4 Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?  |           |           |             |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 5.5 Ha o ha avuto l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?  |  |  |  |
| 5.6 Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?  |  |  |  |
| 5.7 Dall'ultima donazione e comunque <b>negli ultimi 4 mesi</b> ha cambiato partner?  |  |  |  |
| 5.8 Dall'ultima donazione e comunque <b>negli ultimi 4 mesi</b> ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):   |  |  |  |
| 5.8.1 con partner risultato positivo risultato positivo ai test epatite B e/o C e/o per l'AIDS  |  |  |  |
| 5.8.2 con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali  |  |  |  |
| 5.8.3 con un partner occasionale  |  |  |  |
| 5.8.4 con più partner sessuali  |  |  |  |
| 5.8.5 con soggetti tossicodipendenti  |  |  |  |
| 5.8.6 con scambio di denaro o droga   |  |  |  |
| 5.8.7 con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo  |  |  |  |
| 5.9 Dall'ultima donazione e comunque <b>negli ultimi 4 mesi</b>   |  |  |  |
| 5.9.1 Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori di epatite B e dell'epatite C?  |  |  |  |
| 5.9.2 È stato sottoposto a: interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es. colonscopia, esofago-gastro-duodenoscopia, artroscopia, ecc.)?  |  |  |  |
| 5.9.3 Si è sottoposto a:  |  |  |  |
| 5.9.3.1 somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovena con siringhe/dispositivi non sterili   |  |  |  |
| 5.9.3.2 agopuntura con dispositivi non monouso  |  |  |  |
| 5.9.3.3 tatuaggi  |  |  |  |
| 5.9.3.4 piercing o foratura delle orecchie  |  |  |  |
| 5.9.3.5 somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati  |  |  |  |
| 5.9.4 Si è ferito accidentalmente con una siringa o con altri strumenti contaminati dal sangue?   |  |  |  |
| 5.9.5 È stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?  |  |  |  |
| <b>Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.</b> |  |  |  |

| <b>6) SOGGIORNI ALL'ESTERO / PROVINCE ITALIANE</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>NOTE</b> |
|---|-----------|-----------|-------------|
| 6.1. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante il viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro? _____  |           |           |             |
| 6.2. Negli ultimi 28 gg ha soggiornato anche per una sola notte in Paesi esteri o in altre province italiane (malattia da West Nile Virus). Se sì, dove _____ |           |           |             |
| 6.3. Ha fatto viaggi negli ultimi 12 (DODICI) mesi? Se sì, in quale paese _____   |           |           |             |