

AVIS di **BRENO**

SIMT

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Sesso M F

Nazionalità _____

Residente a _____ Via _____

Domicilio _____

N° Telefono _____ N° cellulare _____

E-mail _____

Altri recapiti _____

Codice Fiscale _____

Medico curante _____

Stato di salute pregresso				
È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? _____	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
È stato mai affetto da:				
– Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– Malattie renali	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– Malattie del sangue o della coagulazione	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– Malattie neoplastiche (tumori)	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– Diabete	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha mai avuto shock allergico?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
È vaccinato per l'epatite B?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Stato di salute attuale				
È attualmente in buona salute? Se no, quali malattie ha avuto e quando? _____	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha attualmente manifestazioni allergiche?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO

Mod./ASST

Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Solo per le donatrici				
È attualmente in gravidanza?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso				
Ha assunto o sta assumendo:				
– farmaci per prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– farmaci per propria decisione	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione				
Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):				
– con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– con un partner occasionale	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– con più partner sessuali	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– con soggetti tossicodipendenti	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– con scambio di denaro o droga	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa del quale non è noto se sia o meno sieropositivo?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Negli ultimi quattro mesi:				
Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
È stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc.)?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Si è sottoposto a:				
– somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/dispositivi non sterili	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– agopuntura con dispositivi non monouso	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO

– tatuaggi	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– piercing o foratura delle orecchie	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
– somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
È stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
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.				
Soggiorni all'estero/province italiane				
È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Se sì, in quale/i Paese/i _____				
I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Se sì, dove _____				
Dichiarazione				
Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, 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 di chi riceverà il sangue donato.				

Data _____

Firma aspirante donatore _____

Firma del Direttore Sanitario / Medico SIMT

Parte riservata al Direttore Sanitario AVIS/Personale Medico SIMT

ANAMNESI FAMILIARE

Padre _____ Madre _____
Fratelli _____
Familiarità _____

ESAME OBIETTIVO

Peso _____ Altezza _____ Frequenza cardiaca _____ Pressione arteriosa _____
Ispezione generale _____
Linfonodi _____
Capo-collo _____
Torace _____
Apparato cardiovascolare _____
Addome _____
SNC e psiche _____

Data _____ Firma del medico _____

Parte riservata al Personale Medico del SIMT

GIUDIZIO PRE-IDONEITÀ

- Esegue test di screening
- Esegue test di screening. Attesa _____
- Non idoneo temporaneamente ai test di screening per _____
- Non idoneo permanentemente _____

Data _____ Firma del medico SIMT _____

VALUTAZIONE ACCESSO VENOSO

Idoneo per SI Idoneo per plasmferesi Non idoneo

Data _____ Firma infermiere _____

GIUDIZIO FINALE IDONEITÀ CANDIDATO DONATORE

- IDONEO PER SANGUE INTERO
- IDONEO PER PLASMAFERESI
- NON IDONEO _____

Data _____ Firma del medico SIMT _____