



*Azienda Ospedaliero - Universitaria
San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona
Scuola Medica Salernitana
Salerno*

U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO DEL DONATORE DI SANGUE INTERO,
EMOCOMPONENTI MEDIANTE EFERESI E CELLULE STAMINALI PERIFERICHE**

1. Stato di salute pregresso

- 1.1 È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? _____ **SI** **NO**
- _____
- 1.2 È stato mai effetto da:
- 1.2.1 malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari _____ **SI** **NO**
- 1.2.2 malattie infettive, tropicali, tubercolosi _____ **SI** **NO**
- 1.2.3 ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari _____ **SI** **NO**
- 1.2.4 malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici _____ **SI** **NO**
- 1.2.5 malattie respiratorie _____ **SI** **NO**
- 1.2.6 malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero _____ **SI** **NO**
- 1.2.7 malattie renali _____ **SI** **NO**
- 1.2.8 malattie del sangue o della coagulazione _____ **SI** **NO**
- 1.2.9 malattie neoplastiche (tumori) _____ **SI** **NO**
- 1.2.10 diabete _____ **SI** **NO**
- 1.2.11 Hai mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza? **SI** **NO**
- 1.3 Ha mai avuto shock allergico? **SI** **NO**
- 1.4 Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se **SI** **NO**
- 1.5 È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule di origine autologa, allogenica o xenotrapianto _____ **SI** **NO**
- 1.6 In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob (malattia della mucca pazza)? **SI** **NO**
- 1.7 Le è mai stato indicato di non poter donare il sangue? **SI** **NO**
- 1.8 È vaccinato per l'epatite B? **SI** **NO**

2. Stato di salute attuale

- 2.1 È attualmente in buona salute? **SI** **NO**
- 2.2 Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? **SI** **NO**
- 2.3 Se no, quali malattie ha avuto e quando? _____ **SI** **NO**
- 2.4 Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddore, linfonodi ingrossati)? **SI** **NO**
- 2.5 Ha attualmente manifestazioni allergiche? **SI** **NO**
- 2.6 Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo? **SI** **NO**
- 2.7 Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? **SI** **NO**
- 2.8 Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? _____ **SI** **NO**
- 2.9 Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)? **SI** **NO**
- 2.10 Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi? _____ **SI** **NO**

3. Solo per le donatrici

- 3.1 È attualmente in gravidanza? **SI** **NO**
- 3.2 Ha partorito negli ultimi 6 mesi? **SI** **NO**
- 3.3 Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? **SI** **NO**

4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

- 4.1 Ha assunto o sta assumendo:
- 4.1.1 farmaci per prescrizione medica _____ **SI** **NO**
- 4.1.2 farmaci per propria decisione _____ **SI** **NO**
- 4.1.3 Sostanze/ integratori/ principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata **SI** **NO**
- 4.2 Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? **SI** **NO**
- 4.3 È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? _____ **SI** **NO**
- 4.4 Ha abusato o abusa di bevande alcoliche? **SI** **NO**
- 4.5 Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti? **SI** **NO**

5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

- 5.1 Ha letto e compreso le informazioni dell'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili. **SI** **NO**
- 5.2 Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? **SI** **NO**
- 5.3 Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo? **SI** **NO**
- 5.4 Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo? **SI** **NO**
- 5.5 Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? **SI** **NO**
- 5.6 Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? **SI** **NO**
- 5.7 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner? **SI** **NO**
- 5.8 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):
- 5.8.1 con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS **SI** **NO**
- 5.8.2 con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali **SI** **NO**
- 5.8.3 con un partner occasionale **SI** **NO**
- 5.8.4 con più partner sessuali **SI** **NO**
- 5.8.5 con soggetti tossicodipendenti **SI** **NO**
- 5.8.6 con scambio di denaro o droga **SI** **NO**
- 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? **SI** **NO**
- 5.9 Dall'ultima donazione e comunque negli *ultimi quattro mesi*:
- 5.9.1 Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e dell'epatite C? **SI** **NO**
- 5.9.2 È stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopie, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc.)? **SI** **NO**
- 5.9.3 Si è sottoposto a
- a) Somministrazione di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/ dispositivi non sterili. **SI** **NO**
- b) Agopuntura con dispositivi non monouso **SI** **NO**
- c) Tatuaggi **SI** **NO**
- d) Piercing o foratura delle orecchie **SI** **NO**
- e) Somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasma derivati? **SI** **NO**
- 5.9.4 Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? **SI** **NO**
- 5.9.5 È stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue? **SI** **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.

6. Soggiorni all'estero/ province italiane

- 6.1 È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i Paese/i _____ **SI NO**
_____ **SI NO**
- 6.2 I suoi genitori sono nati in paesi dell'America Centrale, dell'America del Sud o in Messico? **SI NO**
_____ **SI NO**
- 6.3 Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? **SI NO**
- 6.4 È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? **SI NO**
- 6.5 Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro? **SI NO**
- 6.6 Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? **SI NO**
Se sì, dove _____

ULTERIORI INFORMAZIONI PER DONATORI DI CELLULE STAMINALI PERIFERICHE

È affetto da o a parenti affetti da malattie genetiche o congenite (es. anemia mediterranea, anemia di Blackfan Diamond, favismo, altre malattie ematologiche, malattie da deficit enzimatici, altre malattie rare o patologie ereditarie dei globuli rossi)? Indicare _____ **SI NO**

In famiglia ci sono stati casi di malattie onco-ematologiche, come leucemie, linfomi, gravi forme di anemie, piastrinopenie, mielodisplasie? **SI NO**

Hai mai ingerito o è stato esposto a sostanze tossiche (cianuro, mercurio, piombo, oro) o a radiazioni? Indicare _____ Quando _____ **SI NO**

Ha donato cellule staminali emopoietiche da sangue midollare o sangue periferico per un familiare? **SI NO**
Quando? _____ Quali cellule? _____ Per
chi? _____ Il familiare è ancora in vita? _____

7. Dichiarazione

Il/la sottoscritto/a 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 del donatore/donatrice _____

Firma del Sanitario _____

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE (CARTACEA E/O INFORMATICA)

1. Parametri fisici del donatore

Età _____ Peso (Kg) _____ Pressione arteriosa (mmHg) max _____ min _____
Frequenza (batt/min) _____ Emoglobina (g/dL) _____
Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di _____

2. Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del donatore _____

Note anamnestiche rilevanti / raccordo anamnestico _____

3. Giudizio di idoneità

Il donatore risulta:

Idoneo a donare il seguente emocomponente:

Tipo **SANGUE INTERO** Volume _____

Escluso temporaneamente Motivo _____

Durata _____

Escluso permanentemente Motivo _____

Data

Firma del medico responsabile della selezione _____