



REGIONE SICILIA- ASP Agrigento  
 Distretto Ospedaliero AG2 P.O. Giovanni Paolo II- Sciacca  
 U.O. Medicina Trasfusionale e Microcitemia  
 Direttore: Dr. Pasquale Gallerano  
 92019 SCIACCA Via Pompei  
 Tel. 0925-962462 Fax: 0925-962330

## U.O. Medicina Trasfusionale e Microcitemia

Etichetta

Etichetta

COGNOME E NOME..... SESSO.....

VIA.....N°.....

CITTA'.....PROV.....

NATO/A IL..... A.....PROV.....

TEL..... CELL..... PROFESSIONE.....

### RISERVATA AL MEDICO

Peso Kg..... Altezza Cm..... P.A. max..... min..... Freq..... Emog..... Ht.....

FIRMA DEL MEDICO

## QUESTIONARIO PER IL DONATORE DI SANGUE

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 renali, ematologiche, reumatiche, tropicali? SI NO

E' attualmente in buona salute ? SI NO

Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? SI NO

Ha notato ingiustificata 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 vaccinato? SI NO

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



Regione Siciliana  
Azienda Ospedaliera Sciacca

**U.O. Medicina Trasfusionale e Microcitemia**

REGIONE SICILIA- ASP Agrigento  
Distretto Ospedaliero AG2 P.O. Giovanni Paolo II- Sciacca  
U.O. Medicina Trasfusionale e Microcitemia  
Direttore: Dr. Pasquale Gallerano  
92019 SCIACCA Via Pompei  
Tel. 0925-962462 Fax: 0925-962330

Ha ingerito di recente (meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici?	SI	NO
Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner a rischio di trasmissione di malattie infettive e/o in cambio di denaro o di droga?	SI	NO
E' mai risultato positivo ai test per epatite B e/o C e per l'AIDS?	SI	NO
Ha fatto viaggi o soggiorni all'estero?	SI	NO
Quando? .....e per quanto tempo?.....		
Negli ultimi quattro mesi è stato sottoposto a: indagini endoscopiche, interventi chirurgici ,terapie che comportino l'uso di catetere, cure odontoiatriche, tatuaggi, forature delle orecchie, agopuntura?	SI	NO
E' stato sottoposto a trasfusione di sangue o di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati ?	SI	NO
Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	SI	NO
E' stato accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose con il sangue?	SI	NO
E' o ha avuto gravidanze o interruzioni di gravidanze?	SI	NO
Ha attività o hobby rischiosi?	SI	NO
Ha avuto rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive?	SI	NO
Da quante ore è a digiuno? .....		

**CONSENSO ALLA DONAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto dichiara di avere 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 costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza del ricevente, di avere preso visione del materiale informativo sull'AIDS, di avere ottenuto ampia spiegazione delle procedure di prelievo, di non avere donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta, di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente rifiutare il consenso, che nelle 24 ore successive alla donazione non svolgerà hobby rischiosi, e di sottoporsi volontariamente alla donazione.

Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

DATA.....

FIRMA DEL DONATORE

\_\_\_\_\_