



Allegato B (V6 1/4.feb. 2010)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRE-ISCRIZIONE

Le risposte che Lei fornirà sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione clinica è finalizzata a proteggere Lei e il paziente che potrebbe in futuro ricevere il Suo dono.

Cognome:..... Nome:..... Data di nascita:/...../.....

Altezza:.....Peso:.....Kg.

1. È attualmente in buona salute? Sì No

2. Ha notato recentemente un calo ponderale? Sì No

3. Ha sofferto o soffre di malattie allergiche, auto-immuni, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, osteo-articolare, tumori benigni e/o maligni, tubercolosi, diabete, convulsioni e/o svenimenti, attacchi epilettici, malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive, ittero e/o epatite, malattie renali, ematologiche, reumatiche, tropicali? Sì No
..... ← specificare

4. Ha sofferto di febbri di natura ignota? Sì No

5. Ha ingerito di recente (non meno di 5 giorni) aspirina o altri analgesici? Sì No
Quali?: Perché?: ← specificare

6. Sta assumendo farmaci? Sì No
Quali?: Perché?: ← specificare

7. Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche? Sì No

8. È dedito all'alcool? Sì No

9. È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? Sì No
Contro cosa?: Quando?: ← specificare

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

10. Ha letto e compreso (allegato C) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili ? Sì No
11. Ha mai assunto sostanze stupefacenti? Sì No
12. Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive? Sì No
13. E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B, l'epatite C o per l'AIDS? Sì No
14. Per quanto di Sua conoscenza ha mai avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B, l'epatite C o per l'AIDS? Sì No
15. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creuzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? Sì No
16. In famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi ? Sì No
- Grado di parentela della persona affetta:** specificare
17. Ha ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? Sì No
18. Ha recentemente fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero? Sì No
- Dove?:** **Quando?:** specificare
19. Le è mai stato indicato di non donare sangue? Sì No
- Quando?:** **Perchè?:** specificare
20. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o di cellule? Sì No
- Quali?:** **Quando?:** specificare
21. Ha attività o hobby rischiosi? Sì No
- Quali?:** specificare
22. E' stato sottoposto ad interventi chirurgici? Sì No
- Quali?:** **Quando?:** specificare
23. Ha effettuato indagini endoscopiche? Sì No
- Quali?:** **Quando?:** specificare Sì No
24. Ha effettuato procedure che comportino l'uso di catetere?

- Quando ?: ← specificare
25. Ha effettuato cure odontoiatriche? Sì No
- Quando ?: ← specificare
26. Si è sottoposto a tatuaggi? Sì No
- Quando ?: ← specificare
27. Si è sottoposto a foratura delle orecchie o di altra parte del corpo? Sì No
- Quando ?: ← specificare
28. Si è sottoposto ad agopuntura? Sì No
- Quando ?: ← specificare
29. E' stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati? Sì No
- Quando ?: ← specificare
30. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? Sì No
- Quando ?: ← specificare

Solo per le donne:

31. È attualmente in gravidanza? Sì No
32. Ha avuto gravidanze? Sì No
- Quante? Quando l'ultima?: ← specificare
33. Ha avuto interruzioni di gravidanza? Sì No
- Quante? Quando l'ultima?: ← specificare

Attraverso quale fonte è venuto a conoscenza del programma di donazione di CSE ed ha per questo deciso di iscriversi come donatore?

(Barrare con una X)

1. AVIS - sono già un donatore di sangue
2. ADMO (Associazione Donatori di Midollo Osseo)
3. un mio amico/conoscente già iscritto
4. scuola/università
5. mass media (programmi televisivi o radiofonici nazionali e/o locali)
6. un mio amico ha superato il limite di età per continuare ad essere donatore e mi ha chiesto di diventare il suo 'sostituto'
7. un parente/conoscente affetto da patologia che necessita di trapianto di CSE

Il sottoscritto dichiara di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra; di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione; di aver ottenuto ampia spiegazione sulle procedure di prelievo; di aver avuto la possibilità di chiedere chiarimenti, di sottoporsi volontariamente alla venopuntura conscio che, in futuro, accertata la compatibilità con un paziente in attesa di trapianto di CSE, tra le varie indagini che verranno espletate, necessarie all'accertamento della mia idoneità alla donazione e alla tutela del ricevente, sono comprese quelle relative all'infezione da HIV. In fede,

Data:/...../..... (firma)

Firma del sanitario che ha intervistato, verificato l'identità, provveduto alla raccolta delle informazioni e colloquiato con il candidato donatore

Giudizio di idoneità

Preso visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico, dichiaro che il volontario soddisfa i criteri di eleggibilità richiesti per l'iscrizione come potenziale donatore di CSE.

In fede,

Data:/...../..... (firma del medico).....

Timbro