



**Compilare questa parte soltanto se i vostri dati personali non sono stampati qui sopra o in caso di cambiamento d'indirizzo**

Scrivere in **stampatello** o con **penna a sfera blu o nera**

Numero di donatore (se noto) \_\_\_\_\_

Data di nascita

Giorno	Mese	Anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome di nascita \_\_\_\_\_

Via e numero civico \_\_\_\_\_

NPA e località

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Telefono privato

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Telefono ufficio

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Sesso M/F

<input type="text"/>
----------------------

Lingua I/ F/T

<input type="text"/>
----------------------

Numero cellulare

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Professione attuale \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Vorrei donare la prossima volta a (località) \_\_\_\_\_

Blutdruck

max. 180  
min. 100

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

max. 100  
min. 50

Visum SV

<input type="text"/>
----------------------

Puls

max. 100  
min. 50

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Hb

min. F 125 g/l  
min. M 135 g/l

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Temperatur  
max. 37,5°

Anzahl bisherige  
Spenden

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Spendefähig

 ja

 nein

 permanent gesperrt

Identität kontrolliert

Ausweis

Assistentin

<input type="text"/>
----------------------

Punktion

<input type="text"/>
----------------------

Abnahme

Bemerkungen Anamnese und/oder Ereignisse

<input type="text"/>
----------------------

Datum/Spendeort \_\_\_\_\_

Konservennummer einkleben

Gebinde

Spendebeginn

Spendedauer

- bis und mit 12 Min.  
 → 12 - 15 Minuten

Codice a barre



Ha letto il foglio informativo per i donatori di sangue e ritiene di essere idoneo a donare sangue. La preghiamo di rispondere ora con la massima sincerità alle domande che seguono segnando con una crocetta la casella corrispondente (sì o no). Contribuirà così a mantenere minimi i rischi residui per Lei e per i pazienti che riceveranno il Suo sangue. Voglia infine confermare con la Sua firma che ha preso atto del foglio informativo per i donatori di sangue e che oggi acconsente a donare il Suo sangue.

1. Ha già donato sangue? Se sì, quando l'ultima volta? ..... Dove? .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
2. Il suo peso è di almeno 50 kg?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
3. Si ritiene attualmente in buona salute?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
4. Nelle ultime 72 ore ha subito un trattamento dentario o di igiene dentaria?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
5. Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto delle cure mediche o ha avuto febbre oltre 38°C?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
6. a) Nel corso delle ultime 4 settimane ha utilizzato farmaci - anche senza prescrizione medica - (ad es. pastiglie, iniezioni, supposte)? Se sì, quali? .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
b) Nel corso delle ultime 4 settimane ha fatto uso di medicinali contro l'iperplasia prostatica (ad es. finasteride, Proscar®), contro l'acne (ad es. Roaccutan®) o contro la caduta di capelli (ad es. Propecia®)?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
c) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® contro l'iperplasia prostatica?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
d) Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason® (psoriasis)?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
7. a) È stato sottoposto ad una immunoterapia (cellule o siero di origine umana o animale)?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
b) Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato(a) vaccinato(a) contro la rabbia, l'epatite B, il tetano?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
c) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) sottoposto(a) ad altre vaccinazioni? Quali? ..... Quando? .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
8. Soffre o ha sofferto in passato di una delle malattie o dei sintomi seguenti? a) Malattie cardiache/circolatorie o polmonari (ad es. ipertensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, perdite di coscienza).?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
b) Malattie della pelle (ad es. ferite, eruzioni, eczemi) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
c) Altre malattie? (diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro)	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
9. Nel corso degli ultimi 12 mesi o dopo la sua ultima donazione di sangue <input type="checkbox"/> ha sofferto di una malattia? <input type="checkbox"/> avuto un incidente? <input type="checkbox"/> subito una operazione?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
10. a) Ha ricevuto un trapianto d'organo o di tessuto umano o animale?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
b) Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 1.1.1986?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
d) Lei/un membro della sua famiglia è o è stato affetto dalla malattia di Creutzfeldt-Jakob? Si prega di segnalarlo anche se esiste solo il dubbio.	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
e) Ha soggiornato tra il 1.1.1980 ed il 31.12.1996, per una durata totale di 6 mesi o più, in Gran Bretagna o in Irlanda del Nord?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
f) Ha ricevuto una trasfusione di sangue dopo il 1.1.1980?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
11. Ha viaggiato fuori dall'Europa (limiti geografici dell'Europa) nel corso degli ultimi 6 mesi? a) Se sì, dove? ..... Da quando è ritornato? .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
b) Ha accusato dei sintomi (ad es. febbre) sul posto o dopo il ritorno? Se sì, precisare: .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
12. a) Ha già sofferto di una o più crisi di malaria?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	

b) È nato(a), è cresciuto(a) o ha vissuto più di 6 mesi in una regione malarica?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
13. a) Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie: <input type="checkbox"/> Tubercolosi, <input type="checkbox"/> Borreliosi, <input type="checkbox"/> Brucellosi, <input type="checkbox"/> Infezione ossea, <input type="checkbox"/> Tifo, <input type="checkbox"/> Febbre Q, <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi, <input type="checkbox"/> Babesiosi, <input type="checkbox"/> malattia di Chagas, <input type="checkbox"/> Leishmaniosi? Se sì, quando? .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
b) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato punto(a) da una zecca o è stato(a) in contatto con una persona che soffre di una malattia infettiva? Se sì, precisare: .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
14. Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> un tatuaggio, <input type="checkbox"/> una gastro-, coloscopia, <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura, <input type="checkbox"/> una depilazione con aghi, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> un maquillage permanente, <input type="checkbox"/> una ferita con un ago sporco <input type="checkbox"/> un contatto con sangue straniero al livello delle mucose? Se sì, quando? .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
15. a) Ha in passato sofferto di un ittero (epatite) o di un test positivo per l'epatite? b) Qualcuno della sua famiglia, o della sua cerchia di amici, oppure il(la) suo(a) partner sessuale abituale ha sofferto di un ittero (epatite) nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
16. Si è esposto ad una delle situazioni a rischio seguenti? a) Cambiamento del partner sessuale nel corso degli ultimi 6 mesi o rapporti sessuali con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi (rapporti protetti o no) b) Nel corso degli ultimi 5 anni, soggiorno durante almeno 6 mesi in un paese la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS) c) Rapporti sessuali tra uomini a partire dal 1977 d) Rapporti sessuali dietro remunerazione a partire dal 1977 e) Iniezione di droghe attualmente o in passato f) Test positivo per la SIDA (AIDS), la sifilide o le epatiti B e C	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
17. Ha avuto, nel corso degli ultimi 12 mesi, dei rapporti sessuali con de(i)lle partner esposti(e) a una delle situazioni a rischio menzionate al punto 16 o che hanno ricevuto trasfusioni di sangue in paesi la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS)?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
<b>Concerne unicamente le donne</b>		
18. a) È già stata incinta? b) Se sì, data dell'ultima gravidanza? .....	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
19. Ha ricevuto delle iniezioni di ormoni a causa di una sterilità prima del 01.01.1986?	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no	
<b>Formulario di consenso informato da completare e firmare da parte del(la) donatore(ltrice) di sangue:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acconsento con la presente a donare il mio sangue.</li> <li>• Confermo con la mia firma di aver letto e compreso tutte le informazioni del foglio informativo per donatori di sangue (Versione Y/01) e che mi sono state fornite tutte le spiegazioni necessarie.</li> <li>• Confermo che i miei dati personali sono corretti e di aver risposto in tutta coscienza al questionario.</li> <li>• Acconsento a che il sangue da me donato venga sottoposto a dei test biologici che possono comportare, se necessario, anche metodi genetici e a che un campione del mio sangue sia conservato per eventuali controlli secondo la Legge sugli agenti terapeutici.</li> <li>• Accetto di essere informato sui risultati in caso di anomalia.</li> <li>• Sono a conoscenza che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.</li> <li>• Acconsento a che la mia donazione o alcuni suoi componenti siano utilizzati per la ricerca medica dopo anonimizzazione definitiva.</li> <li>• Sono consapevole che queste informazioni sottostanno al segreto medico e che tutti i dati sono utilizzati esclusivamente da parte del Servizio Trasfusionale della CRS (STS CRS) e da parte dei Servizi Trasfusionali Regionali CRS (SRTS CRS).</li> </ul>		
Data:	Firma:	

