



EDV-Eingabe:	ja <input type="checkbox"/>
Kontrolle Datum:	Visum:

**La preghiamo di usare esclusivamente il formulario attuale (www.blutspendezurich.ch → Formulare & Dokumente) e di compilarlo solo prima della donazione!**

Entnahmenummer:

**La preghiamo di compilare il formulario (pagina 2 e 3) solamente il giorno della donazione con una penna indelebile blu o nera dopo aver letto le informazioni allegate.**

Per un'identificazione certa la preghiamo d'inserire la sua data di nascita:

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

**Da compilare solo in caso di variazione dei dati personali:**

Cognome:	Nome:	
Indirizzo:		
CAP e località:	E-mail:	
Tel. privato:	Tel. sede di lavoro:	Cellulare:

Vom Entnahmepersonal auszufüllen: Personaldaten überprüft und mit CTS verifiziert. Visum:

Blutdruck	Temperatur	Visum	Extra	ACD	Ausw.	Arzt	RW
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
max. 180/100 min. 100/50	max. 38°	Visum <input type="text"/>				Grund <input type="text"/>	
Puls	HB	Visum	Gewicht	Grösse	KK	ME	<input type="checkbox"/> mRö <input type="checkbox"/> oRö
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
max. 100 min. 50	F 125-165 M 135-185						

Phlebotomist/-in	Beginn	Ende	Entn.-Dauer/Visum	Entn.-Menge	Lot-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bemerkungen:**

Visum: \_\_\_\_\_

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.07.2017, ZHBSD Version 13



# Questionario medico

Rispondere con X ad ogni domanda

	Si	No	Visum ZHBSD
<b>1.</b> Ha già donato sangue? Se sì, quando l'ultima volta? _____ Dove? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.</b> Il suo peso è di almeno 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.</b> Ritieni di essere attualmente in buona salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4.</b> Nelle ultime 72 ore ha subito un trattamento dentistico o d'igiene dentaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5.</b> Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto delle cure mediche o ha avuto febbre oltre 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. a)</b> Nel corso delle ultime 4 settimane ha utilizzato farmaci – anche senza prescrizione medica – (ad.es. pastiglie, iniezioni, supposte)? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Nel corso delle ultime 4 settimane ha fatto uso di medicinali contro l'iperplasia prostatica o la caduta di capelli (ad es. Alopecia, Finacil®, Propecia® o Proscar®) o contro l'acne (ad es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Toctino®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>d)</b> Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason® o di Acicutan (psoriasi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. a)</b> È stato sottoposto(a) ad immunoterapia (cellule o siero d'origine umana o animale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato(a) vaccinato(a) contro la rabbia, l'epatite B, il tetano? Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) sottoposto(a) ad altre vaccinazioni? Quali? _____ Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8.</b> Soffre o ha sofferto in passato di una delle malattie o dei sintomi seguenti? <b>a)</b> Malattie cardiache/circolatorie o polmonari (ad.es. ipertensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, perdite di coscienza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Malattie della pelle (ad es. ferite, eruzioni, eczemi) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Altre malattie? (ad.es. diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro), Abuso (d'alcool, droghe o medicinali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9.</b> Nel corso degli ultimi 12 mesi o dopo la sua ultima donazione di sangue ha <input type="checkbox"/> sofferto di una malattia? <input type="checkbox"/> avuto un incidente? <input type="checkbox"/> subito una operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. a)</b> Ha ricevuto un trapianto di organi o di tessuti umani o animali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Si	No	Visum ZHBSD
<b>d)</b> Lei o un suo parente consanguineo è o è stato affetto dalla malattia di Creutzfeldt-Jakob? Si prega di segnalarlo anche se esiste solo il dubbio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>e)</b> Ha soggiornato tra il 1.1.1980 ed il 31.12.1996, per una durata di almeno 6 mesi in tutto nel Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole del Canale, Gibilterra e Isole Falkland)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>f)</b> Ha ricevuto una trasfusione di sangue dopo il 1.1.1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.</b> Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 6 mesi? <b>a)</b> Se sì, dove? _____ Da quando è ritornato? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Ha accusato dei sintomi (ad es. febbre) sul posto o dopo il ritorno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, precisare: _____			
<b>12. a)</b> È nato(a) in un paese extraeuropeo, è cresciuto(a) lì o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____ Se sì, da quando vive in Europa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Sua madre è nata in un paese extraeuropeo, è cresciuta lì o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>13. a)</b> Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie: <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/> Borreliosi <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/> Malattia di Chagas <input type="checkbox"/> Infezione ossea <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Tifo <input type="checkbox"/> Febbre Q <input type="checkbox"/> Leishmaniosi <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> Zika Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b)</b> Nel corso degli ultimi 3 mesi è stato punto(a) da una zecca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c)</b> Nel corso delle ultime 4 settimane, ha avuto un contatto con una persona che soffre di una malattia infettiva? Se sì, precisare? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>14.</b> Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> una gastroscopia, una colonscopia <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura <input type="checkbox"/> una depilazione con aghi <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> un tatuaggio <input type="checkbox"/> un maquillage permanente <input type="checkbox"/> un contatto con sangue estraneo (ferita con una puntura d'ago, spruzzi di sangue negli occhi, nella bocca o un'altra parte del corpo)? Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Questionario medico

Rispondere con X ad ogni domanda

	Si	No	Visum ZHBSD
15. a) Ha in passato sofferto d'un ittero (epatite) o di un test positivo per l'epatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Qualcuno della sua famiglia, o dei suoi conviventi, oppure il(la) suo(a) partner sessuale abituale ha sofferto di un ittero (epatite) o Zika nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Si è esposto ad una delle situazioni a rischio seguenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cambiamento o nuovo partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi <input type="checkbox"/> Rapporti sessuali (protetti o no) con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> Nel corso degli ultimi 12 mesi, soggiorno durante almeno 6 mesi in un paese la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di SIDA (AIDS) <input type="checkbox"/> Rapporto sessuale tra uomini in passato <input type="checkbox"/> Rapporto sessuale tra uomini negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> Rapporto sessuale in cambio di denaro, droga or farmaci <input type="checkbox"/> Iniezioni di droghe attualmente o in passato <input type="checkbox"/> Test positivo per la SIDA (AIDS), la sifilide o le epatiti B e C			

Entnahmenummer:

	Si	No	Visum ZHBSD
17. Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, rapporti sessuali con partner che:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sono stati esposti ai rischi indicati alla domanda 16, oppure <input type="checkbox"/> Hanno ricevuto trasfusioni in paesi ad alta incidenza di AIDS, oppure <input type="checkbox"/> Sono stati curati con medicamenti da sangue umano a causa die malattie delle coagulazione?			
<b>Concerne unicamente le donne:</b>			
18. a) È già stata incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Se sì, data dell'ultima gravidanza?			
19. Ha ricevuto delle iniezioni d'ormoni contro la sterilità prima del 1. 1. 1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Formulario di consenso informato da completare e firmare da parte del donatore (donatrice) di sangue

- Acconsento con la presente a donare il mio sangue.
- Sono stato informato che ho la possibilità di ritirarmi della donazione ad ogni momento durante o dopo il dono senza spiegazione o di vietare l'uso del sangue donato.
- Confermo con la mia firma di aver letto e compreso tutte le informazioni del foglio informativo per donatori di sangue (versione 13) e che mi sono state fornite tutte le spiegazioni necessarie.
- Confermo che i miei dati personali sono corretti e d'aver risposto in tutta coscienza al questionario.
- So che il sangue che io dono viene sottoposto a dei test biologici che possono comportare, se necessario, delle tecniche genetiche e che un campione del mio sangue sarà conservato per eventuali controlli, secondo la legge sui prodotti terapeutici. Accetto d'essere informato sui risultati in caso di anomalia.
- Sono a conoscenza che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.
- Acconsento anche che la mia donazione o una parte di essa, come pure dati legati alla salute possano in casi eccezionali essere resi anonimi per scopi di ricerca e dati a terzi. Attraverso l'anonimizzazione viene a cadere la possibilità che io possa essere informato di risultati che riguardano la mia salute. Sono consapevole che potrò in qualunque momento rifiutare l'anonimizzazione finalizzata al riutilizzo per ricerca scientifica.
- I dati personali raccolti nell'ambito della donazione sono soggetti al segreto professionale. I dati personali vengono utilizzati solo all'interno della trasfusione CRS Svizzera e dei servizi trasfusionali regionali CRS.
- I STR CRS sono tenuti a notificare alle autorità le malattie soggette all'obbligo di notifica.

Cognome: (si prega di compilare in stampatello)

Nome:

Data di nascita:

Data:

Firma:

### Bemerkungen Anamnese:

zu Frage:

zu Frage:

zu Frage:

zu Frage:

	Spendetauglich	Rückweisung	Ausschluss	Datum	Visum
Fragebogen kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HB, Puls, BD kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Schlusskontrolle:

**Grazie per la sua donazione.**



## Foglio informativo per i donatori di sangue (versione 13)

### Rischi per il donatore

La donazione di sangue consiste in una puntura venosa alla piega del gomito che permette di prelevare mediamente 500 ml di sangue in circa 12 minuti. Questa rapida perdita di sangue è generalmente ben sopportata da una persona in buona salute. Le vostre risposte al questionario medico, il controllo della pressione arteriosa ed il dosaggio dell'emoglobina ci permettono di evitarle di donare il sangue qualora esistesse una situazione tale da rappresentare un pericolo prevedibile per la sua salute. Ciononostante, malgrado tutte le precauzioni prese, alcuni inconvenienti indesiderabili non possono essere esclusi:

- Calo della pressione arteriosa all'origine di un malessere
- Manifestazioni locali a livello della zona di puntura (ematoma o lesioni di un nervo sottostante)

La maggior parte di questi inconvenienti è di scarsa gravità e di breve durata. Ma complicazioni eventualmente gravi (ad es. riduzione della mobilità del braccio a lungo termine, caduta) non possono essere totalmente escluse. Il suo Centro Trasfusionale le darà tutte le precisazioni utili sul modo per evitarle ed eventualmente trattarle.

### Misure precauzionali tendenti a ridurre il rischio per il ricevente:

#### 1. Situazioni a rischio

Esiste rischio quando agenti infettivi presenti nel suo sangue possono essere trasmessi ad un paziente, anche se lei non è o non si sente ammalato. È sulla base delle sue risposte al questionario medico che cerchiamo di valutare questo rischio. La T-CH ha definito direttive chiare che permettono di determinare la sua idoneità alla donazione di sangue. Di conseguenza lei può essere escluso in modo temporaneo o definitivo dalla donazione.

#### Le seguenti situazioni a rischio costituiscono una controindicazione definitiva alla donazione di sangue

1. Test positivo per i marcatori dei virus della SIDA (HIV), dell'epatite C, dell'epatite B (evolutiva) e dell'agente della sifilide,
2. Rapporto sessuale\* in cambio di denaro, droga o farmaci
3. Iniezioni di droghe (attualmente o nel passato),
4. Trasfusione di sangue dal 1.1.1980,
5. Soggiorno di almeno sei mesi o più nel Regno Unito (UK) (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole del Canale, Gibilterra, Isole Falkland) tra il 1.1.1980 e il 31.12.1996.

#### Le seguenti situazioni a rischio costituiscono una controindicazione temporanea alla donazione di sangue

6. Soggiorno, nel corso dei 6 mesi passati, in una regione dove è presente la malaria, in assenza di qualsiasi problema di salute (in caso di malattia con febbre segnalarlo al medico del CRS),
7. Gonorrea o altre malattie veneree nel corso degli ultimi 12 mesi,
8. Cambiamento del partner sessuale\* nel corso degli ultimi 4 mesi,
9. Contatti sessuali\* con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi,
10. Rapporto sessuale tra uomini negli ultimi 12 mesi,
11. Soggiorno negli ultimi 12 mesi per 6 mesi o più in Paesi la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di AIDS (HIV),
12. Rapporto sessuale\*, nel corso degli ultimi 12 mesi, con partner esposti(e) a una delle situazioni a rischio menzionate ai punti da 1 a 4 o da 7 a 11, considerando che l'esclusione dopo rapporti sessuali con partner con epatite B o C è di 6 mesi.

\* protetti o no

Può ritirarsi in qualsiasi momento prima, durante o dopo la donazione senza dover indicare i motivi della Sua donazione di sangue e rifiutare l'impiego del sangue donato, a condizione che non sia stato trasfuso.

#### 2. Esami di laboratorio

La ricerca sistematica del virus dell'AIDS (SIDA/HIV), delle epatiti (B e C), e dell'agente della sifilide e se necessario del virus Parvo B19 e HAV viene praticata in occasione d'ogni donazione di sangue. Qualora uno di questi test sia positivo sarà immediatamente informato ed il sangue donato non sarà trasfuso. Ciononostante esiste sempre un certo intervallo di tempo tra il momento del contagio e quello a partire dal quale i test biologici diventano reattivi. È quindi possibile che un agente infettivo sia trasmesso al ricevente senza che il centro trasfusionale possa riconoscerlo ed evitarlo. Per questo è molto importante rispondere in modo sincero a tutte le domande. Allo stesso modo, i gruppi sanguigni ABO, Rhesus D ed eventualmente altri gruppi importanti in medicina trasfusionale sono determinati per ogni donatore (se necessario con metodi genetici).

### 3. Si prega di informare il più presto possibile il vostro centro trasfusionale

- se, nel corso dei prossimi giorni, lei si ammalasse o se una persona del suo vicino dovesse soffrire di una malattia contagiosa,
- se lei si rendesse conto di non aver risposto in modo appropriato al questionario medico,
- in caso di comparsa di complicazioni in seguito alla donazione di sangue. In caso di danni documentati disponiamo di una assicurazione di responsabilità civile.

Le informazioni date nell'ambito di una donazione di sangue sottostanno al segreto medico. Non possono essere utilizzate che da parte del Servizio Trasfusionale CRS e dei Servizi Trasfusionali Regionali della CRS. I STR CRS sono tenuti per legge a notificare alle autorità le malattie soggette all'obbligo di notifica.

Per evitare l'insorgere di problemi durante il prelievo di sangue, elenchiamo qui di seguito i classici criteri in base ai quali i donatori/le donatrici, per motivi di salute o per il tipo di farmaci che stanno assumendo, non possono **temporaneamente** o **definitivamente** donare sangue. Beva abbondantemente (bevande analcoliche) e mangi qualcosa prima di effettuare la donazione. Al termine della donazione sarebbe opportuno che si concedesse un po' di tempo per consumare uno spuntino, che saremo lieti di offrirle. La prima volta che si presenterà da noi porti con sé **un documento d'identificazione con la sua foto** e calcoli un periodo sufficiente di tempo per la donazione.

#### Non si può **temporaneamente** donare sangue:

- Finché è presente herpes febrile
- Dopo ferite profonde
- Dopo un intervento dentistico o d'igiene dentaria (72 ore)
- Durante il raffreddore (7 giorni della guarigione)
- Dopo una malattia accompagnata da febbre superiore a 38°C
- Dopo l'assunzione d'alcuni farmaci: antibiotici, compresse con proprietà antimicotiche (2 settimane)
- Dopo l'adattamento o cambiamento dei farmaci per l'ipertensione
- Dopo una malattia con febbre e delle ripetute diarree
- Dopo una vaccinazione (a seconda del tipo di vaccinazione: da 48 ore a 4 settimane)
- Dopo un soggiorno nel continente nordamericano incluso Messico e Hawaii e/o in zone endemiche del virus West-Nile (4 settimane)
- Dopo un soggiorno in una regione di rischio per la febbre Chikungunya, Dengue (4 settimane) o altre malattie trasmissibili ([www.blutspendezurich.ch](http://www.blutspendezurich.ch), sezione Formulare und Dokumente)
- Prima d'un intervento chirurgico programmato
- Dopo un intervento chirurgico (da 1 a 12 mesi)
- Dopo una puntura di zecca (3 mesi, e 6 mesi dopo la terapia con antibiotici in caso di sospetto di Borreliosi)
- Dopo un'endoscopia (gastroscopia o colonscopia, 4 mesi)
- In caso di assunzione di farmaci prescritti contro ulcere gastrointestinali (3 mesi della sospensione dei farmaci)
- Dopo il soggiorno in una zona con sospetto di malaria (6 mesi)
- Durante la gravidanza, come pure per 12 mesi dopo il parto
- Dopo un morso (14 giorni a 12 mesi)
- Dopo un'epatite virale (per almeno 2 anni)
- In caso di epilessia (fino a 3 anni dopo l'ultima assunzione dei medicinali e se si è liberi da attacchi)
- Dopo l'incisione di un tatuaggio, piercing o un make-up permanente (4 mesi)

#### Non si può donare sangue **definitivamente**:

- Dopo trapianti di tessuto umano o animale (escluso trapianti dentali)
- In caso di trasfusioni di sangue dopo il 1980
- In caso d'angina pectoris, alla presenza di pace-maker, dopo un infarto del miocardio, dopo interventi di by-pass o impianto di stent, e con la profilassi contro l'endocardite
- In caso di gravi affezioni polmonari croniche
- In caso di cancro (anche se operato), ad eccezione del basalioma e dopo completa guarigione di un cancro all'utero (cervicale nello stadio I)
- In caso d'operazione al cervello e al midollo spinale
- Soggiorno tra il 1.1.1980 ed il 31.12.1996, per una durata di 6 mesi o più nel Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole del Canale, Gibilterra e Isole Falkland)
- Diabete insulino-dipendente

I conducenti d'autobus, di treni e di taxi e altre persone con analoghe responsabilità dirette per la vita di terzi non dovrebbero riprendere il lavoro prima di 12 ore dopo la donazione, i piloti non prima di 48 ore. I donatori/le donatrici che praticano hobby come le immersioni subacquee o il paracadutismo, dovranno astenersene per almeno 48 ore dopo la donazione di sangue.

Dopo la donazione è opportuno evitare attività fisiche pesanti fino al giorno successivo.

La organizzazione Trasfusione CRS Svizzera è consapevole del fatto che queste domande invadano la sua sfera privata.

Nell'interesse del ricevente del suo sangue e della sua salute rifletta sulle situazioni descritte e risponda coscientemente alle domande.

**Queste informazioni non sono esaurienti. In caso di dubbio o per qualsiasi chiarimento e ulteriori informazioni può chiamare il numero 0840 200 300.**

La ringraziamo per la sua disponibilità a donare sangue!