

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1. **Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico con cartella elettronica informatizzata)**
- 1.1. E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché e quando \_\_\_\_\_
- 1.2. E' stato mai affetto da:
- 1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  Sì  No
  - 1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi  Sì  No
  - 1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  Sì  No
  - 1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici  Sì  No
  - 1.2.5. malattie respiratorie  Sì  No
  - 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero  Sì  No
  - 1.2.7. malattie renali  Sì  No
  - 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione  Sì  No
  - 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)  Sì  No
  - 1.2.10. diabete  Sì  No
- 1.3. Ha mai avuto shock allergico, reazioni allergiche a farmaci, puntura insetti, alimenti?  Sì  No
- 1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue?  Sì  No  
Se sì, quando? \_\_\_\_\_
- 1.5. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?  Sì  No
- 1.6. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?  Sì  No
- 1.7. E' mai stato considerato non idoneo ad una donazione di sangue e/o emocomponenti?  Sì  No
- 1.8. E' vaccinato per l'epatite B?  Sì  No
2. **Stato di salute attuale (per tutti i donatori)**
- 2.1. E' attualmente in buona salute?  Sì  No
- 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?  Sì  No
- 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando? \_\_\_\_\_
- 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?  Sì  No
- 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche?  Sì  No
- 2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?  Sì  No
- 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?  Sì  No
- 2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi chirurgici, anche ambulatoriali?  Sì  No  
Se sì, quali e quando? \_\_\_\_\_
- 2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?  Sì  No
- 2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?  Sì  No
3. **Solo per le donatrici**
- 3.1. Ha mai avuto gravidanze e/o aborti?  Sì  No  
Se Sì:
- 3.1.1. Attualmente è in gravidanza o sta allattando?  Sì  No
  - 3.1.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi?  Sì  No
  - 3.1.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?  Sì  No
4. **Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso**
- 4.1. Ha assunto o sta assumendo:
- 4.1.1. Aspirina o altri antinfiammatori  Sì  No
  - 4.1.2. Farmaci per prescrizione medica e/o per propria decisione  Sì  No
  - 4.1.3. Sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata  Sì  No
  - 4.1.4. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?  Sì  No
  - 4.1.5. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?  Sì  No
  - 4.4.6. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?  Sì  No
  - 4.4.7. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?  Sì  No

## 5 *Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione*

- 5.1 Ha letto e compreso le informazioni sull'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):  Si  No

### 5.9 Solo se si, rispondere alle domande nel riquadro sottostante :

5.9.1	con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.9.2	con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.9.3	con un partner occasionale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.9.4	con più partner sessuali	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.9.5	con soggetti tossicodipendenti	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.9.6	con scambio di denaro o droga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.9.7	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?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### 5.10 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:

5.10.1	Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.10.2	E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofago-gastroduodenoscopia, artroscopia, cistoscopia, broncoscopia, ecc.)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.10.3	Ha effettuato procedure che comportino l'uso di catetere venoso o arterioso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.10.4	Si è sottoposto a : a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe e /o dispositivi non sterili b) agopuntura con dispositivi non monouso c) tatuaggi d) piercing o foratura delle orecchie e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.10.5	Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.10.6	E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero?  Si  No Se sì, dove e quando \_\_\_\_\_
- 6.2 I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?  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 E' 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 e quando \_\_\_\_\_

## 7 *Dichiarazione*

Il sottoscritto 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 \_\_\_\_\_

Firma del sanitario \_\_\_\_\_