

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE**

Ai sensi del "Regolamento sulla protezione dei dati personali, UE 2016/679 (di seguito Codice), La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge.

In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.

Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici sono necessari per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione.

Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.

I suoi dati personali non saranno diffusi.

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt.16 e 17 del Codice, rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.

Il Titolare del trattamento è l'ASP CT 3 di Catania nella persona del Direttore Generale pro tempore.

Il Responsabile della protezione dei dati è il Data Protection Officer (DPO) Aziendale pro tempore

Il Responsabile del trattamento dei dati è il Capo Dipartimento Diagnostica di Laboratorio pro tempore.

Il Titolare e responsabile del trattamento dei dati per l'UDR 17 Avis Palagonia e per le sue AA.OO. 17.1 - 17.2 - 17.3 - 17.4 - 17.5 - 17.6 - 17.7, sono i Presidenti pro tempore delle rispettive sedi Comunali.

Informativa e consenso in conformità al regolamento (UE) 2016/679

Io sottoscritto/a _____ Nato/a _____

il: _____ residente in Via _____, n _____

Città _____ CAP: _____

recapiti telefonici: _____ e-mail (facoltativo) _____

Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

() **acconsento** () **non acconsento**

al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data _____ **Firma del donatore** _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome _____

Qualifica: _____

Data _____ Firma _____

 Via Bologna, 40 - Palagonia 95046 (CT) Cell 3938499456 - Mail :segreteria@avispalagonia.it	SCHEDA DONATORE	UDR - SAN - M - 07 REV. 7 08/04/2019
---	------------------------	--

Articolazione Organizzativa 17.4 AVIS MINEO Via Maurici, 7 MINEO	Dati anagrafici del donatore	
	Cognome	Nome
	Luogo di nascita	
Data di nascita	Sesso M F	Nazionalità
Residente a	Via	n
CAP	Telefono	E-mail
Altri recapiti		
Codice fiscale	Medico curante	

Donatore Periodico **Aspirante Donatore**



QUESTIONARIO ANAMNESTICO



1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)		
1.1	E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perche?	SI NO
1.2	E' stato mai affetto da:	
1.2.1	Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	SI NO
1.2.2	Malattie infettive, tropicali, tubercolosi	SI NO
1.2.3	Iperensione arteriosa, malattie cardiovascolari	SI NO
1.2.4	Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici	SI NO
1.2.5	Malattie respiratorie	SI NO
1.2.6	Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	SI NO
1.2.7	Malattie renali	SI NO
1.2.8	Malattie del sangue o della coagulazione	SI NO
1.2.9	Malattie neoplastiche (tumori)	SI NO
1.2.10	Diabete	SI NO
1.2.11	Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	SI NO
1.3	Ha mai avuto shock allergico?	SI NO
1.4	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?	SI NO
1.5	E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?	SI NO
1.6	In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	SI NO
1.7	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?	SI NO
1.8	E' vaccinato per l'epatite B?	SI NO
2. Stato di salute attuale		
2.1	E' attualmente in buona salute?	SI NO
2.2	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	SI 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)?	SI NO
2.5	Ha attualmente manifestazioni allergiche?	SI NO
2.6	Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo ?	SI NO
2.7	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?	SI NO
2.8	Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o a interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	SI NO
2.9	Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?	SI NO
2.10	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi ?	SI NO

3. Solo per le donatrici			
3.1	E' attualmente in gravidanza?	SI	NO
3.2	Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	SI	NO
3.3	Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?	SI	NO
4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso			
4.1	Ha assunto o sta assumendo:		
4.1.1	Farmaci per prescrizione medica	SI	NO
4.1.2	Farmaci per propria decisione	SI	NO
4.1.3	Sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata	SI	NO
4.2	Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	SI	NO
4.3	E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	SI	NO
4.4	Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?	SI	NO
4.5	Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?	SI	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):		
5.8.1	Con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	SI	NO
5.8.2	Con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali	SI	NO
5.8.3	Con un partner occasionale	SI	NO
5.8.4	Con più partner sessuali	SI	NO
5.8.5	Con soggetti tossicodipendenti	SI	NO
5.8.6	Con scambio di denaro o droga	SI	NO
5.8.7	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?	SI	NO
5.9	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:		
5.9.1	Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?	SI	NO
5.9.2	E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc) ?	SI	NO
5.9.3	Si è sottoposto a: a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / 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	SI	NO
5.9.4	Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	SI	NO
5.9.5	E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ?	SI	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? Se sì, in quale/i Paese/i.	SI	NO
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)? Se sì, dove	SI	NO

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/della donatore/donatrice** _____

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE

1. Requisiti fisici per l'accettazione del candidato donatore

Età		Peso	(Kg)	Pressione arteriosa (mmHg)	max	min
Frequenza (batt/min)		Emoglobina	(g/dl)			

2. Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del candidato donatore	Note anamnestiche rilevanti/ricordo anamnestico
--	--

3. Giudizio di Idoneità

Il donatore risulta	Idoneo a donare il seguente emocomponente	Tipo	Volume
	Escluso temporaneamente	Motivo	
	Escluso permanentemente	Motivo	
DATA		Firma del medico responsabile della selezione	

Consenso informato alla donazione di sangue intero, emocomponenti

mediante aferesi, cellule staminali periferiche

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a: _____

il: _____ Codice fiscale _____

dichiara di

- aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- 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;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

Data _____ **Firma del/della donatore/donatrice** _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome _____ Qualifica _____

Data _____ **Firma del sanitario** _____