

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE**

Ver. 1.0 del 18-08-2022

**DATI ANAGRAFICI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Tessera sanitaria numero \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
 n° civ. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_

**1. CRITERI DI ESCLUSIONE PERMANENTE DALLA DONAZIONE**

- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.1 | Ha un'età compresa tra i 18 e i 60 anni?                          | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 1.2 | Ha un peso corporeo superiore ai 50 kg?                           | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 1.3 | Ha avuto nella sua vita almeno un episodio di shock anafilattico? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**2. STATO DI SALUTE PREGRESSO**

- |      |   |                             |                             |
|------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 2.1  | È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? _____  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.2  | È stato mai affetto da malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.3  | È stato mai affetto da malattie infettive, tropicali, tubercolosi   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.4  | È stato mai affetto da ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.5  | È stato mai affetto da malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici                               | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.6  | È stato mai affetto da malattie respiratorie  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.7  | È stato mai affetto da malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.8  | È stato mai affetto da malattie renali  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.9  | È stato mai affetto da malattie del sangue e della coagulazione   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.10 | È stato mai affetto da malattie neoplastiche (tumori)   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.11 | È stato mai affetto da diabete  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.12 | Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanze?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.13 | Ha mai avuto shock allergico?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.14 | Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando? _____ | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.15 | È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti, (cornea, dura madre) o di cellule?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.16 | In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")                                      | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.17 | Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2.18 | È vaccinato per l'epatite B?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**3. STATO DI SALUTE ATTUALE**

- |     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 3.1 | È attualmente in buona salute? Se no che malattie ha avuto? E quando? _____  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3.2 | Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri sintomi di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome di raffreddamento, linfonodi ingrossati)? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3.3 | Ha attualmente manifestazioni allergiche?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3.4 | Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3.5 | Ha notato perdite di peso negli ultimi tempi?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3.6 | Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3.7 | Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti con malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A, o altre)? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3.8 | Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**4. SOLO PER LE DONATRICI**

- |     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 4.1 | È attualmente in gravidanza?                             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 4.2 | Ha partorito negli ultimi 6 mesi?                        | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 4.3 | Ha avuto interruzioni di gravidanza negli ultimi 6 mesi? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**5. FARMACI, VACCINI, SOSTANZE D'ABUSO**

|     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 5.1 | Ha assunto, o sta assumendo farmaci per prescrizione medica?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5.2 | Ha assunto, o sta assumendo farmaci per propria decisione?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5.3 | Ha assunto, o sta assumendo sostanze/ integratori/ principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via internet o al di fuori della distribuzione autorizzata? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5.4 | Ha mai ricevuto somministrazione di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5.5 | È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5.6 | Ha abusato, o abusa di bevande alcoliche?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5.7 | Ha mai assunto, o assume sostanze stupefacenti?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**6. ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE**

|      |   |                             |                             |
|------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 6.1  | Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.2  | Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.3  | Ha l'AIDS o è portatore del virus dell'HIV o crede di esserlo?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.4  | Il suo partner è portatore del virus dell'HIV o crede di esserlo?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.5  | Ha l'epatite B o C, o è portatore del virus dell'epatite B o C, o crede di esserlo?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.6  | Il suo partner ha l'epatite B o C, o è portatore del virus dell'epatite B o C, o crede di esserlo?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.7  | Negli ultimi 4 mesi ha cambiato partner?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.8  | Negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali) con un partner risultato positivo al test dell'epatite B e/o C e/o per l'AIDS?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.9  | Negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali) con un partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali?                             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.10 | Negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali) con un partner occasionale?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.11 | Negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali) con più partner sessuali?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.12 | Negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali) con soggetti tossicodipendenti?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.13 | Negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali) con scambio di denaro o droga?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6.14 | Negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali) con un 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"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**7. AVVENIMENTI DEGLI ULTIMI 4 MESI**

|     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 7.1 | Negli ultimi quattro mesi ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B o dell'epatite C?                                  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7.2 | Negli ultimi quattro mesi è stato sottoposto ad interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es. Colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia, ecc..)? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7.3 | Negli ultimi quattro mesi si è sottoposto a somministrazioni di sostanze per via intramuscolare ed endovenosa con siringhe/ dispositivi non sterili?            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7.4 | Negli ultimi quattro mesi si è sottoposto ad agopuntura con dispositivi non monouso?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7.5 | Negli ultimi quattro mesi si è sottoposto a tatuaggi?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7.6 | Negli ultimi quattro mesi si è sottoposto a piercing o foratura delle orecchie?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7.7 | Negli ultimi quattro mesi si è sottoposto a somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7.8 | Negli ultimi quattro mesi si è ferito accidentalmente con una siringa o con altri strumenti contaminati dal sangue?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7.9 | Negli ultimi quattro mesi si è stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?                         | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**\*ATTENZIONE\*** Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale motivo non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione

**8. SOGGIORNI ALL'ESTERO – PROVINCE ITALIANE**

|     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 8.1 | È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì in quale/i paese/i? _____  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 8.2 | I suoi genitori sono nati in paesi dell'America Centrale, dell'America del Sud o in Messico?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 8.3 | Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980 - 1996?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 8.4 | È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 8.5 | Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 8.6 | Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato, anche solo per una notte, in paesi esteri o in altre province italiane (malattia da West Nile Virus)?<br>Se sì, dove? _____ | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**9. DICHIARAZIONE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Dichiaro 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.  
 Dichiaro di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario e di essere stato informato sul significato delle domande in esso contenute  
 Dichiaro 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 \_\_\_\_\_