

(Rif. DM 2 novembre 2015. Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti) (Alleg. II)

Data _____	Firma del donatore _____	
	Firma del sanitario _____	

**CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE** (All. II, parte F)

**1. Parametri fisici del donatore**

Età ..... Peso(Kg)..... Pressione arteriosa (mmHg) max..... min.....

Frequenza (batt/min) ..... Emoglobina(g/dl) .....

Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione:  
.....

**2. Valutazione clinica/anamnestica** (vedi cartella sanitaria del donatore)

Valutazione delle condizioni di salute del donatore.....

Note anamnestiche rilevanti/ricordo anamnestico.....

**3. Giudizio di idoneità** (vedi cartella sanitaria del donatore)

Il donatore risulta

**Idoneo a donare il seguente emocomponente:**

Sangue intero, volume.....  Plasma da aferesi, volume.....  ....., volume.....

**Escluso temporaneamente** Motivo .....  
Durata.....

**Escluso definitivamente** Motivo .....

Data \_\_\_\_\_ Firma del medico responsabile della selezione \_\_\_\_\_ 

<b>8</b>	<b>Esami richiesti a giudizio del medico</b>
<b>8.1</b>	E.C.G. <input type="checkbox"/> Rx torace <input type="checkbox"/> Altro _____ Per i seguenti motivi _____
<b>9</b>	<b>Prelievo</b>
<b>9.1</b>	Ore inizio _____ Ore fine _____ Volume prel. _____
<b>9.2</b>	Eventi avversi o collaterali della donazione _____
<b>9.3</b>	Terapie praticate _____
	Data _____ ora _____ Firma del medico o infermiere prelevatore _____

**CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE** (All. II, parte C)

**Il/la sottoscritto/a 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 \_\_\_\_\_ 

Data \_\_\_\_\_ Firma del medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_ 

Cognome, nome e qualifica del sanitario \_\_\_\_\_