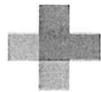


Etichetta CAI donatore



**ASL ROMA 6**

**SIMT – SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E  
MEDICINA TRASFUSIONALE**  
Via Orti Ginnetti, 2 tel. 06.93272263 fax 06.93272311  
00049 Velletri (Roma)

Etichetta SACCA donatore

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

**DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE** (All. II, parte D)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Telefono casa \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Altri recapiti \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO** (All. II, parte E)

<b>1 Stato di salute pregresso</b>			
<b>1.1</b>	E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?.....	SI	NO
<b>1.2</b>	E' stato mai affetto da:		
<b>1.2.1</b>	malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	SI	NO
<b>1.2.2</b>	malattie infettive, tropicali, tubercolosi	SI	NO
<b>1.2.3</b>	ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari	SI	NO
<b>1.2.4</b>	malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici	SI	NO
<b>1.2.5</b>	malattie respiratorie	SI	NO
<b>1.2.6</b>	malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	SI	NO
<b>1.2.7</b>	malattie renali	SI	NO
<b>1.2.8</b>	malattie del sangue o della coagulazione	SI	NO
<b>1.2.9</b>	malattie neoplastiche (tumori)	SI	NO
<b>1.2.10</b>	diabete	SI	NO
<b>1.3</b>	Ha mai avuto shock allergico ?	SI	NO
<b>1.4</b>	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?.....	SI	NO
<b>1.5</b>	E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule ?	SI	NO
<b>1.6</b>	In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	SI	NO
<b>1.7</b>	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue ?	SI	NO
<b>1.8</b>	E' vaccinato per l'epatite B ?	SI	NO
<b>2 Stato di salute attuale</b>			
<b>2.1</b>	E' attualmente in buona salute ?	SI	NO
<b>2.2</b>	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	SI	NO
<b>2.3</b>	Se no, quali malattie ha avuto e quando?		
<b>2.4</b>	Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati) ?	SI	NO
<b>2.5</b>	Ha attualmente manifestazioni allergiche ?	SI	NO
<b>2.6</b>	Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo ?	SI	NO
<b>2.7</b>	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi ?	SI	NO
<b>2.8</b>	Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	SI	NO
<b>2.9</b>	Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre) ?	SI	NO
<b>2.10</b>	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?	SI	NO
<b>2.11</b>	A che ora ha terminato l'ultimo pasto [ ] Quante ore ha dormito questa notte? [ ]		
<b>3 Solo per le donatrici</b>			
<b>3.1</b>	Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza ?	SI	NO
<b>3.2</b>	E' attualmente in gravidanza ?	SI	NO
<b>3.3</b>	Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	SI	NO
<b>3.4</b>	Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi ?	SI	NO