



Numero di donazione

**Orari d'apertura:**

Centro Donazione di Sangue di Basilea

lunedì 10.30–19.00

martedì 07.30–19.00

mercoledì 07.30–16.00

giovedì 07.30–16.00

venerdì 07.30–17.00

sabato 08.30–12.00

Ospedale Cantonale di Liestal

mercoledì 17.00–20.00

eccetto prima e durante le festività

Stiftung Blutspendezentrum SRK beider Basel, Hebelstrasse 10, CH-4031 Basel  
Tel: +41(0) 61 265 20 90, Fax: +41(0) 61 265 20 49, blutspende-basel@usb.ch, www.blutspende-basel.ch

# Dona sangue. Salva una vita.

# 2017

Cara donatrice, caro donatore

La invitiamo gentilmente a donare sangue dalla seguente data in poi:

La preghiamo di compilare il questionario medico al massimo 24 ore prima della donazione di sangue e di portarlo con sé. In caso di dubbi sulle risposte, la preghiamo di contattarci per chiarire la sua idoneità alla donazione di sangue.

Neu	Typ	RhD	Systemex	Haemo	Blutdruck	Puls	Gewicht	FER	AKOE
-----	-----	-----	----------	-------	-----------	------	---------	-----	------

Bemerkungen:  
(durch Personal auszufüllen)

Arzt-/Erstspendergespräch: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Spendetauglichkeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arzt: _____	Falls «Nein», Grund: _____
Visum BSD: _____	

Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft	Datum: _____	Visum BSD: _____	Visum VP: _____
Identität kontrolliert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum: _____	Visum BSD: _____	Entnahmedauer: _____

Ha letto il foglio informativo per i donatori di sangue e ritiene di essere idoneo a donare il suo sangue. La ringraziamo se vorrà ora rispondere con la massima sincerità alle domande che seguono. Contribuirà così a garantire la sua propria sicurezza e quella dei pazienti che riceveranno il suo sangue. Voglia infine confermare con la sua firma che ha preso conoscenza del foglio informativo per i donatori di sangue e che acconsente oggi a donare il suo sangue.

		Si	No	Visto SRTS CRS
1.	Ha già donato sangue? Se sì, quando l'ultima volta? _____ Dove? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Il suo peso è di almeno 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Si ritiene attualmente in buona salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Nelle ultime 72 ore ha subito un trattamento dentario o di igiene dentaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto cure mediche o ha avuto febbre oltre 38° C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a)	Nel corso delle ultime 4 settimane ha utilizzato farmaci – anche senza prescrizione medica – (ad es. pastiglie, iniezioni, supposte)? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Nel corso delle ultime 4 settimane ha fatto uso di medicinali contro l'iperplasia prostatica o caduta di capelli (ad es. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® o Proscar®) o contro l'acne (ad. es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Toctino®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason® o di Acicutan® (psoriasis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a)	È stato sottoposto ad una immunoterapia (cellule o siero di origine umana o animale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato vaccinato contro la rabbia, l'epatite B, il tetano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Nel corso delle ultime 4 settimane è stato sottoposto ad altre vaccinazioni? Quali? _____ Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Soffre o ha sofferto in passato di una delle malattie o dei sintomi seguenti?			
a)	Malattie cardiache/circolatorie o polmonari (ad es. ipertensione, ipotensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, insulto ischemico transitorio (tia), perdite di coscienza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Malattie della pelle (ad es. ferite, eruzioni, eczemi) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Altre malattie? (diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Nel corso degli ultimi 12 mesi o dopo la sua ultima donazione di sangue <input type="checkbox"/> sofferto di una malattia? <input type="checkbox"/> avuto un incidente? <input type="checkbox"/> subito una operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a)	Ha ricevuto un trapianto d'organo o di tessuto umano o animale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Lei/un membro della sua famiglia è o è stato affetto dalla malattia di Creutzfeldt-Jakob? Si prega di segnalarlo anche se esiste solo il dubbio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e)	Ha soggiornato tra il 1.1.1980 ed il 31.12.1996, per una durata di 6 mesi o più nel Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole Normanne, Gibilterra e Isole Falkland)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f)	Ha ricevuto una trasfusione di sangue dopo il 1.1.1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Si	No	Visto SRTS CRS
11.	Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 6 mesi? a) Se sì, dove? _____ Da quando è ritornato? _____ b) Ha accusato dei sintomi (ad es. febbre) sul posto o dopo il ritorno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, precisare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a)	È nato in un paese extraeuropeo, vi è cresciuto o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____ Se sì, da quando vive in Europa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Sua madre è nata in un paese extraeuropeo, è cresciuta lì o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a)	Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie: <input type="checkbox"/> Tubercolosi, <input type="checkbox"/> Borreliosi, <input type="checkbox"/> Brucellosi, <input type="checkbox"/> Infezione ossea, <input type="checkbox"/> Tifo, <input type="checkbox"/> Febbre Q, <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi, <input type="checkbox"/> Babesiosi, <input type="checkbox"/> malattia di Chagas, <input type="checkbox"/> Malaria, <input type="checkbox"/> Leishmaniosi, <input type="checkbox"/> Ebola, <input type="checkbox"/> Zika? Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Nel corso delle ultime 4 settimane è stato punto da una zecca o è stato in contatto con una persona che soffre di una malattia infettiva? Se sì, precisare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> un tatuaggio, <input type="checkbox"/> una gastro-, coloscopia, <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura, <input type="checkbox"/> una depilazione con aghi, <input type="checkbox"/> un maquillage permanente, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> un contatto con sangue estraneo (ferita con una puntura d'ago, spruzzi di sangue negli occhi, nella bocca o un'altra parte del corpo)? Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Ha in passato sofferto di un ittero (epatite) o di un test positivo per l'epatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Qualcuno della sua famiglia, o della sua cerchia di amici, oppure il(la) suo(a) partner sessuale abituale ha sofferto di un ittero (epatite) o Zika nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Si è esposto ad una delle situazioni a rischio seguenti? <input type="checkbox"/> Cambiamento del partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi <input type="checkbox"/> Rapporti sessuali con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi (rapporti protetti o no) <input type="checkbox"/> Nel corso degli ultimi 12 mesi, soggiorno durante almeno 6 mesi o più in un paese la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di AIDS (HIV) <input type="checkbox"/> Rapporti sessuali tra uomini a partire dal 1977 <input type="checkbox"/> Rapporti sessuali in cambio di denaro, droga o farmaci dal 1977 <input type="checkbox"/> Iniezione di droghe attualmente o in passato <input type="checkbox"/> Test positivo per la SIDA (AIDS), la sifilide o le epatiti B e C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, rapporti sessuali con partner che: <input type="checkbox"/> Sono stati esposti ai rischi indicati alla domanda 17, oppure <input type="checkbox"/> Hanno ricevuto trasfusioni in paesi ad alta incidenza di AIDS, oppure <input type="checkbox"/> Sono stati curati con medicamenti ottenuti da sangue umano a causa di malattie della coagulazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Concerne unicamente le donne</b>				
19.	È già stata incinta? Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Ha ricevuto delle iniezioni di ormoni a causa di una sterilità prima del 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Formulario di consenso informato da completare e firmare da parte del(la) donatore(trice) di sangue:**

- Acconsento con la presente a donare il mio sangue.
- Confermo con la mia firma di aver letto e compreso tutte le informazioni del foglio informativo per donatori di sangue e che mi sono state fornite tutte le spiegazioni necessarie.
- Confermo che i miei dati personali sono corretti e di aver risposto in tutta coscienza al questionario.
- So che il sangue che io dono viene sottoposto a dei test biologici che possono comportare, se necessario, delle tecniche genetiche e che un campione del mio sangue sarà conservato per eventuali controlli secondo la legge sui prodotti terapeutici. Accetto di essere informato sui risultati in caso di anomalia.
- Sono a conoscenza che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.
- Acconsento che la mia donazione o alcuni suoi componenti siano utilizzati per la ricerca medica dopo anonimizzazione o codificazione definitiva.
- Sono consapevole che queste informazioni personali sottostanno al segreto medico e che tutti i dati sono utilizzati esclusivamente da parte di Trasfusione CRS Svizzera (T-CH CRS) e dei Servizi Trasfusionali Regionali CRS (STR CRS). I STR CRS sono tenuti, per motivi legali, a notificare alle autorità le malattie soggette all'obbligo di notifica.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Osservazioni:  
(Da completarsi da parte del SRTS CRS)

Visto STS



# Foglio informativo per i donatori di sangue

La donazione di sangue consiste in una puntura venosa alla piega del gomito che permette di prelevare mediamente 500 ml di sangue in circa 10 minuti. Questa rapida perdita di sangue è generalmente ben sopportata da una persona in buona salute. Le sue risposte al questionario medico, il controllo della pressione arteriosa ed il dosaggio dell'emoglobina ci permettono di evitarle di donare il sangue qualora esistesse una situazione tale da rappresentare un pericolo prevedibile per la sua salute. Ciononostante, malgrado tutte le precauzioni prese, alcuni inconvenienti indesiderabili non possono essere esclusi:

- Calo della pressione arteriosa all'origine di un malessere,
- Manifestazioni locali a livello della zona di puntura (ematoma o lesioni di un nervo sottostante).

La maggior parte di questi inconvenienti è di scarsa gravità e di durata molto breve, ma delle complicazioni eccezionali ed eventualmente gravi (ad es. una riduzione della mobilità del braccio a lungo termine) non possono essere totalmente escluse. Il vostro Centro Trasfusionale le darà tutte le precisazioni utili sul modo per evitarle ed eventualmente trattarle. Prima di esercitare un'attività o una professione che rappresenta un rischio per lei o altre persone deve attendere almeno 12 ore.

## Misure precauzionali tendenti a ridurre il rischio per il ricevente:

### 1. Situazioni a rischio

Esiste un rischio quando degli agenti infettivi presenti nel suo sangue possono essere trasmessi ad un paziente, anche se non è o non si sente ammalato(a). È sulla base delle sue risposte al questionario medico che cerchiamo di valutare questo rischio. La T-CH ha definito delle prescrizioni chiare che permettono di determinare la sua attitudine alla donazione di sangue. Di conseguenza può essere escluso(a) in modo temporaneo o definitivo dalla donazione di sangue.

#### Le situazioni a rischio seguenti contro-indicano la donazione di sangue in modo definitivo

1. Test positivo per i marcatori dei virus dell'AIDS (HIV), dell'epatite C, dell'epatite B evolutiva e dell'agente della sifilide
2. Contatti sessuali\* tra maschi con uno o più uomini a partire dal 1977
3. Contatti sessuali\* in cambio di denaro, droga o farmaci dal 1977
4. Iniezione di droghe (attualmente o nel passato)
5. Trasfusione di sangue dal 01.01.1980

#### Le situazioni a rischio seguenti contro-indicano temporaneamente la donazione di sangue

6. Soggiorno, nel corso dei 6 mesi passati, in una regione dove è presente la malaria, in assenza di qualsiasi problema di salute (in caso di malattia con febbre, segnalarlo al medico del Servizio trasfusionale)
7. Gonorrea o altre malattie veneree nel corso degli ultimi 12 mesi
8. Cambiamento del partner sessuale\* nel corso degli ultimi 4 mesi
9. Rapporti sessuali\* con numerosi partner nel corso degli ultimi 12 mesi
10. Soggiorno negli ultimi 12 mesi per 6 mesi o più in Paesi la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di AIDS (HIV)
11. Rapporti sessuali\*, nel corso degli ultimi 12 mesi, con dei partner esposti(e) ad una delle situazioni a rischio menzionate ai punti da 1 a 5 o da 7 a 10, considerando che l'esclusione dopo contatti sessuali con partner con epatite B o C è di 6 mesi

\*protetti o no

Può ritirarsi in qualsiasi momento prima, durante o dopo la donazione senza dover indicare i motivi del suo ritiro di sangue e rifiutare l'impiego del sangue donato, a condizione che non sia stato trasfuso.

### 2. Tests biologici

La ricerca, in modo sistematico, del virus dell'AIDS (HIV), delle epatiti B e C, dell'agente della sifilide e se necessario del virus Parvo B19 e dell'epatite A viene praticata in occasione di ogni donazione di sangue. Qualora uno di questi test fosse positivo, Lei sarà immediatamente informato(a) e il sangue donato non verrà trasfuso. Ciononostante esiste sempre un certo intervallo di tempo tra il momento della contaminazione e quello a partire dal quale i test biologici diventano positivi. È perciò possibile che un agente infettivo sia trasmesso al ricevente senza che il Centro trasfusionale possa riconoscerlo ed evitarlo. È molto importante quindi che Lei risponda in modo sincero a tutte le domande. Allo stesso modo, i gruppi sanguigni AB0, Rhesus D ed eventualmente altri gruppi importanti in medicina trasfusionale sono determinati per ogni donatore (se necessario con metodi genetici).

### 3. Si prega di informare il più presto possibile il vostro centro trasfusionale:

- se, nel corso dei prossimi giorni, lei si ammalasse o se una persona del suo ambiente vicino dovesse soffrire di una malattia contagiosa,
- se lei si rendesse conto di non aver risposto in modo appropriato al questionario medico,
- in caso di apparizione di una complicazione in seguito alla donazione di sangue. In caso di danni documentati disponiamo di una assicurazione di responsabilità civile.

Le informazioni personali date nell'ambito di una donazione di sangue sottostanno al segreto medico. Possono essere utilizzate solo da parte di Trasfusione CRS Svizzera e dei Servizi Trasfusionali Regionali della CRS. I Servizi trasfusionali regionali sono tenuti, per motivi legali a notificare alle autorità le malattie soggette all'obbligo di notifica.