



Numero di donazione

Nome | cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

NPA | Località: \_\_\_\_\_

Tel. privato: \_\_\_\_\_ Tel. lavoro: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Promemoria via SMS:  Sì  No

Apponendo una crocetta sul campo Sì, esprimo il mio consenso affinché il Centro Donazione di Sangue mi invii un promemoria via SMS con il primo appuntamento disponibile per la donazione e accetto che i miei dati di donatore (nome, numero di telefono, appuntamenti e tipologie di donazione) vengano elaborati dal Centro Donazione di Sangue.

E-mail: \_\_\_\_\_

Fornendo il mio indirizzo e-mail, acconsento che il Centro Donazione di Sangue mi contatti via e-mail per inviarmi comunicazioni personali e accetto altresì che il Centro Donazione di Sangue salvi i miei dati di donatore (nome, sesso, data di nascita, indirizzo, e-mail, numero di telefono, gruppo sanguigno, appuntamenti e tipologie di donazione, punti premio) sul proprio software interno, li trasmetta all'agenzia Mindstudios e li colleghi al software di comunicazione BREVO (Köpenicker Strasse 126, 10179 Berlin). Ho la facoltà di disattivare questo servizio personale in qualsiasi momento.

**Donazione di Sangue Basilea**  
Centro Donazione di Sangue di Basilea  
Lun. / Mar. / Mer. 10.00 – 14.00  
16.00 – 19.00  
Gio. / Ven. 07.30 – 14.00  
2° e 4° sab.  
del mese 09.00 – 14.00

Registrazione di un nuovo donatore fino al più tardi 1/2 ora prima della chiusura.

**Donazione di sangue nella regione di Basilea**  
Prenotate la vostra donazione su:  
blutspende-basel.ch/region

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

Entrata in vigore:

**01.02.2025**

## Dona sangue. Salva una vita.

Cara donatrice, caro donatore

**A condizione che lei sia idoneo/a alla donazione, è nuovamente autorizzato/a a donare il sangue a partire dalla seguente data.**

Il suo saldo punti per lo shop dei premi

--	--

La preghiamo di compilare il questionario medico **con penna blu o nera in stampatello** al massimo ore 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.

**Solo per scopi interni**

Neu	Typ	Q <input type="checkbox"/>	vBB	RhD	WNV	FER	AKST	kapHb	Blutdruck	Puls	Gewicht
		Ma AK <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/>									
		Chag <input type="checkbox"/> HH <input type="checkbox"/>									
		WNV <input type="checkbox"/> NonK <input type="checkbox"/>									

Flyer/ Erstspenderinfo	Spendetauglichkeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Falls «Nein», Grund:			
Visum:	Visum BSD:			
<input type="checkbox"/> Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft <input type="checkbox"/> Identität kontrolliert	BDKo <input type="checkbox"/>	BDKo Wert	Visum VP	Entnahmedauer
Datum:	Visum BSD:			

<b>Bemerkungen:</b> (durch Personal auszufüllen)
---

Ha letto il foglio informativo per le donatrici e i donatori di sangue e ritiene di essere idoneo(a) a donare il suo sangue. La ringraziamo se ora vorrà rispondere con la massima sincerità alle domande che seguono segnando con una croce la casella corrispondente. Contribuirà così a garantire la sua sicurezza e quella dei pazienti che riceveranno il suo sangue.

		Si	No	Visa 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.	Negli ultimi 14 giorni ha subito un trattamento dentario o di igiene dentaria, ad esempio uno stucco dentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto cure mediche ha avuto febbre oltre 38° C o altre malattie leggere come diarrea, raffreddore, ecc.?	<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 la caduta di capelli (ad es. Alocafil®, Finacapil®, Propecia® o Proscar®) o contro l'acne (ad. es. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® o Tocioin®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Nel corso degli ultimi 4 mesi ha assunto una terapia antiretrovirale PEP/PrEP (ad esempio Truvada®, Isentress® Prezista® o Norvir®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e)	Nel corso degli ultimi 3 anni ha fatto uso di Neotigason®, Acicutan® contro la psoriasi o Erivedge® contro il carcinoma basocellulare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f)	Nel corso degli ultimi 12 mesi ha ricevuto medicinali derivati dal sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a)	È stato(a) sottoposto(a) 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(a) vaccinato(a) contro la rabbia o il tetano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) sottoposto(a) 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, herpes labiale) o allergiche (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Altre malattie, ad es. diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie neurologiche, epilessia, cancro, osteoporosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Nel corso degli ultimi 3 anni o dopo la sua ultima donazione di sangue <input type="checkbox"/> è stato ricoverato in ospedale? <input type="checkbox"/> ha avuto un incidente? <input type="checkbox"/> ha subito una operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a)	Le sono stati impiantati tessuti umani o animali o ha ricevuto un trapianto d'organo?	<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(a) affetto(a) 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 complessiva 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"/>	
11. a)	Ha viaggiato fuori dalla Svizzera nel corso degli ultimi 12 mesi? Se sì, dove e per quanto tempo? _____ Da quando è ritornato(a)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Ha avuto dei sintomi (ad es. febbre) sul luogo o al Suo ritorno? Se sì, specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Si	No	Visa SRTS CRS
12. a)	È nato(a) in un Paese fuori dalla Svizzera, vi è cresciuto(a) o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale Paese? _____ Se sì, da quando vive in Svizzera? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Sua madre è nata in un Paese extraeuropeo, vi è cresciuta o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale Paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a)	Si è ammalato negli ultimi • <b>6 mesi di:</b> <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/> Mononucleosi infettiva <input type="checkbox"/> Amebiasi <input type="checkbox"/> Shigellosi <input type="checkbox"/> FSME • <b>12 mesi di:</b> <input type="checkbox"/> Bilirziosi <input type="checkbox"/> Gonorrea • <b>2 anni di:</b> <input type="checkbox"/> Osteomielite <input type="checkbox"/> Febbre reumatica <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente <input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Febbre Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Ha in passato sofferto di una di queste malattie infettive: <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Malattia di Chagas <input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/> Echinococcosi <input type="checkbox"/> Leishmaniosi <input type="checkbox"/> Linfogranuloma venereo <input type="checkbox"/> Filariosi <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> o altre infezioni gravi? Se sì, quali? _____ Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) punto(a) da una zecca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) a contatto con una persona che soffre o ha sofferto di una malattia infettiva? Se sì, quale? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> un tatuaggio, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> una depilazione elettrica, <input type="checkbox"/> trattamenti cosmetici (ad esempio un maquillage permanente o microblading), <input type="checkbox"/> una gastro-coloscopia, <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura, <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? _____ Dove? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Ha in passato sofferto di un ittero (epatite) o ha avuto un test positivo all'epatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. a)	Si è esposto(a) ad una delle situazioni a rischio seguenti? • Ha cambiato partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi? • Ha avuto rapporti sessuali (rapporti protetti o no) con più di due persone nel corso degli ultimi 4 mesi? • Ha avuto rapporti sessuali sotto l'influenza di droghe sintetiche nel corso degli ultimi 12 mesi? • Ha avuto rapporti sessuali per i quali ha ricevuto denaro o altri benefici (droghe o farmaci) nel corso degli ultimi 12 mesi? • Ha preso droghe tramite iniezione? • Ha già avuto un test positivo all'HIV (AIDS) o all'itterizia (epatite B o C)? • Ha già contratto la sifilide? • Qualcuno della Sua famiglia, o della Sua cerchia di amici, oppure il(la) Suo(a) partner sessuale abituale ha contratto l'ittero (epatite B o C) nel corso degli ultimi 6 mesi? • Il(la) Suo(a) partner sessuale ha sofferto di Zika nel corso degli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. b)	Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, un rapporto sessuale con partner che: • sono stati(e) esposti(e) ai rischi indicati alla domanda 16a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. c)	Ha avuto, negli ultimi 4 mesi, un rapporto sessuale con partner che: • ha soggiornato per più di 6 mesi in un Paese la cui popolazione è fortemente colpita dall'epidemia di HIV, epatite C (HCV), epatite B (HBV) o ha ricevuto una trasfusione di sangue sul luogo. Data di ritorno del partner: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	<b>Riposta solo per le donne</b> ♀ • È già stata incinta? Se sì, data dell'ultima gravidanza? _____ • Ha ricevuto iniezioni di ormoni per il trattamento dell'infertilità prima del 1.1.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bemerkungen	Visum Personal
-------------	----------------

**Consenso informato e conferma da completare e firmare da parte della donatrice o del donatore di sangue:**

- Acconsento a donare il mio sangue.
- Confermo con la mia firma di aver letto e compreso tutte le informazioni del foglio informativo per le donatrici e i donatori di sangue e che mi sono state fornite tutte le spiegazioni necessarie.
- Confermo l'esattezza dei miei dati personali e che le risposte al questionario sono corrette.
- Acconsento che, se necessario, il mio sangue venga sottoposto a test genetici e che un campione del mio sangue venga conservato per eventuali controlli secondo la legge sugli agenti terapeutici. Accetto di essere informato(a) sui risultati in caso di anomalia.
- Sono d'accordo che alcuni componenti della mia donazione possono essere utilizzati per la fabbricazione di farmaci.
- 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) e dei Servizi Trasfusionali Regionali (STR). I STR CRS sono tenuti per legge a rispettare la protezione dei dati e a notificare alle autorità le malattie soggette all'obbligo di notifica.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



# Foglio informativo per le donatrici e i donatori di sangue

## Sangue e trasfusioni di sangue

Il sangue e i suoi componenti adempiono molte funzioni vitali per il corpo umano. Nei malati e negli infortunati può essere necessaria una trasfusione di sangue per salvare la loro vita o per permetterne la guarigione. La trasfusione di sangue è il provvedimento medico più frequente che viene eseguito nei pazienti curati in ospedale. In Svizzera è possibile soltanto se si trova un numero sufficiente di donatrici e donatori di sangue volontari sani. Maggiori informazioni sulla funzione del sangue, sui diversi tipi di emoprodotti e sulla loro utilità per i pazienti, sono disponibili sul sito internet di Trasfusione CRS Svizzera. Ha inoltre la possibilità di porre ulteriori domande in qualsiasi momento.

## La donazione 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. Per questo motivo, è importante che lei sia sano(a). Le sue risposte al questionario medico, il colloquio medico, il controllo della pressione arteriosa e la determinazione dei valori 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 complicazioni eccezionali ed eventualmente gravi (ad es. una riduzione della mobilità del braccio a lungo termine) non possono essere totalmente escluse. Il suo 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 volte a ridurre il rischio per i pazienti riceventi:

Leggete attentamente le seguenti informazioni sulle situazioni di rischio, i test biologici e le informazioni postdonazione per evitare danni a chi riceve il Vostro sangue:

### 1. Situazioni a rischio

Esiste un rischio quando degli agenti infettivi presenti nel suo sangue possono essere trasmessi a 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. Prendetevi il tempo necessario per controllare le vostre risposte, poiché è estremamente importante che rispondiate al questionario in modo veritiero. Trasfusione CRS Svizzera ha definito prescrizioni chiare che permettono di determinare la sua attitudine alla donazione di sangue. Di conseguenza porta a un'esclusione in modo temporaneo o definitivo dalla donazione di sangue.

#### Le situazioni a rischio seguenti rappresentano una controindicazione definitiva alla donazione di sangue

1. Test positivo per i marcatori dell'HIV (AIDS), dell'epatite C, dell'epatite B e dell'agente della sifilide
2. Iniezione di droghe (attualmente o nel passato)
3. Trasfusione di sangue dal 01.01.1980
4. Soggiorno di almeno sei mesi o più nel Regno Unito (UK) (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord, Isola di Man, Isole del Canale, Gibilterra, Isole Falkland) tra il 01.01.1980 e il 31.12.1996

**Le situazioni a rischio seguenti possono rappresentare una controindicazione temporanea alla donazione di sangue**

5. Rapporto sessuale\* in cambio di denaro, droga o farmaci
6. Malattie veneree (con o senza trattamento) nel corso degli ultimi 12 mesi
7. Rapporto sessuale con un nuovo o una nuova partner\* nel corso degli ultimi 4 mesi. Per "nuovo o nuova partner" si intende:
  - una persona con la quale non aveva ancora avuto un contatto sessuale OPPURE
  - un ex partner con cui ha ripreso una relazione sessuale negli ultimi 4 mesi
8. Rapporto sessuale\* con più di due persone nel corso degli ultimi 4 mesi
9. Soggiorni all'estero negli ultimi 6 mesi (informazioni più dettagliate sono disponibili sul sito [www.blutspende.ch](http://www.blutspende.ch) sotto il termine Travelcheck)
10. Interventi/trattamenti medici o cosmetici, così come somministrazione di prodotti sanguigni stabili
11. Assunzione di una terapia antiretrovirale (PEP/PrEP) negli ultimi 4 mesi
12. Rapporto sessuale\*, nel corso degli ultimi 4–12 mesi, con partner esposti(e) a una delle situazioni a rischio menzionate ai punti da 1 a 2 e da 5 a 9

\*protetti o no

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

## 2. Test biologici

La ricerca, in modo sistematico, del virus dell'AIDS (HIV), delle epatiti B, C ed E, dell'agente della sifilide e se necessario del virus Parvo B19 e dell'epatite A viene praticata in occasione di ogni donazione di sangue. Informazioni su queste malattie e sulla loro via di trasmissione sono disponibili sul sito internet dell'UFSP. 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 Servizio 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 donatrice e ogni donatore (se necessario con metodi genetici).

## 3. Informazioni postdonazione

Dopo aver lasciato il luogo di donazione del sangue, è molto importante informare rapidamente il Servizio Trasfusionale:

- se, nel corso dei prossimi giorni, lei si ammalasse o se una persona del suo entourage dovesse soffrire di una malattia contagiosa,
- se lei si rendesse conto di non aver risposto in modo appropriato al questionario medico,
- in caso di insorgenza di una complicazione in seguito alla donazione di sangue.

Un'informazione tempestiva può evitare che una malattia infettiva finora non riconosciuta venga trasmessa ad un paziente tramite la trasfusione del suo sangue.

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 legge a notificare alle autorità le malattie soggette all'obbligo di notifica.