


U.O. Medicina Trasfusionale
Direttore: Dott. Mario Piani





Via Conca, 71
60020 Torrette - ANCONA
tel. 071 - 5963598
Fax 071 - 880741

	Gruppo	Rh
Fenotipo Rh	D ^u
Kell	altri

Cognome e Nome

Nato a Prov. il

professione

	indirizzo
	città
	prov. C.A.P.
	 da a

Altra reperibilità tel. da a

Altra reperibilità tel. da a

<input type="checkbox"/> Occasionale	compilazione cartella
<input type="checkbox"/> Abituale Iscritto	data esami accettazione
<input type="checkbox"/> Abituale non Iscritto	prima donazione
<input type="checkbox"/> disponibilità aferesi	indice di donazione (ml)
	intervallo di donazione (giorni)

Codice C.T.

Codice AVIS

NOTE

-
-
-
- Non Accettato
- Sospeso Definitivamente



Caro/a amico/a,

esistono malattie infettive come l'**epatite** e l'**AIDS** che possono essere trasmesse anche mediante la **trasfusione** di sangue.

Alcune **abitudini** di vita espongono maggiormente al rischio di contrarre queste infezioni e quindi di **trasmetterle**; poiché i tests di laboratorio non sono sempre in grado di identificare i **soggetti infettatisi** di recente, si rende necessario **escludere** dalla donazione (temporaneamente o definitivamente) le persone che possono essersi esposte a questi rischi.

I principali

CRITERI DI ESCLUSIONE DALLA DONAZIONE

sono i seguenti:

1. **assunzione** di droghe
2. **comportamenti** sessuali ad alto rischi di trasmissione di malattie infettive **compresi** i rapporti sessuali in cambio di denaro o droga
3. **trasfusioni** ricevute nell'ultimo anno
4. **epatite** o ittero
5. **malattie** veneree
6. **positività** tests sifilide
7. **positività** per i tests dell'AIDS
8. **positività** per i tests dell'epatite B
9. **positività** per i tests dell'epatite C
10. **rapporti** sessuali con le persone nelle condizioni incluse in questo elenco
11. **rapporti** sessuali con partners di persone nelle condizioni incluse in questo elenco

Chi **effettua** la donazione di sangue compie un atto generoso di profondo significato **filantropico**, pertanto, **se ha il solo dubbio** di poter creare danno al paziente, **deve astenersi dalla donazione**.

La invitiamo pertanto a non esitare ad auto escludersi se rientra in una delle condizioni dei punti sopraelencati.

Il colloquio con il Medico, vincolato dal più rigoroso segreto professionale e d'ufficio, potrà aiutarLa a chiarire ed a valutare insieme possibili esposizioni a rischi.

Le ricordiamo inoltre che la donazione non comporta alcun rischio di contrarre queste infezioni, poiché ad ogni prelievo viene utilizzato materiale sterile che viene eliminato dopo l'uso.

A nome dei nostri pazienti La ringraziamo per la sensibilità dimostrata e per l'aver compreso la grande importanza che hanno le raccomandazioni contenute in questa lettera.



Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali

ALL03
SPRO2.1
SOP01

Rev.2 del 30/06/2005

Pag. 1 di 1

Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", art.75 e76.

Gentile donatore/donatrice,
ai sensi dell'art.3 della Legge 107/90 "Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano e ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati", la informo che esiste l'obbligo da parte dei sanitari dell'Unità Operativa di Medicina Trasfusionale di acquisire dati personali e sensibili ai fini della gestione delle attività trasfusionali e per i successivi controlli.

La disponibilità all'accesso ai suddetti dati risulta requisito indispensabile per la corretta gestione di ogni atto donazionale finalizzata a tutelare sia il donatore che il ricevente. I dati verranno utilizzati per uso esclusivamente interno, salvo quello statistico in forma sintetica e anonima, e saranno archiviati sia su supporto cartaceo che magnetico - ottico sia presso la sede centrale dell'Unità Operativa che presso le Unità di Raccolta Territoriali di riferimento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a..... nato/ail dichiara di essere stato informato/a che i propri dati personali, raccolti all'atto dell'iscrizione come donatore, in occasione della donazione e/o controllo, sono oggetto di trattamento presso l'Unità Operativa di Medicina Trasfusionale di Ancona e presso la sede dell'Associazione di volontariato, a cui eventualmente risulta iscritto.

Dichiara inoltre, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.L. 30 Giugno 2003 n.196, di consentire all'U. O. M. T. medesima il trattamento dei dati personali e sensibili, compresi quelli riguardanti lo stato di salute e i comportamenti sessuali, nei modi e nei termini previsti dalla suddetta Legge.

Data..... Firma
.....

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di consentire/ non consentire a che i propri dati personali e sensibili siano trattati dal Direttore Sanitario dell'Associazione di volontariato, a cui eventualmente risulta iscritto.

Data..... Firma
.....