



Ospedale di  
Lamezia Terme - SSD di  
Medicina Trasfusionale

DOCUMENTO 26

**Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali  
relativi alla donazione di sangue**

Doc. 26 – Cap 6  
REV. 4  
Data: 11/03/2020

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE**

Ai sensi del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (D.Lgs. 196/03), e del GDPR UE 2016/679 (Regolamento generale per la protezione dei dati art. 13 e 14). La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell’idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l’adempimento degli obblighi di legge. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.

Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all’eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l’acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati. L’indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L’indirizzo e mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione.

Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge e conservati per un tempo illimitato. I suoi dati personali non saranno diffusi.

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

**Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all’art. 7 del D. Lgs. 196/03 e per effetto degli artt. 16-17-18 e 21 del DGPR (UE 2016/679) ottenere conferma dell’esistenza o meno di dati personali che la riguardano, ottenere accesso, conoscere l’origine dei dati, finalità e modalità del trattamento dei dati, estremi identificativi del Titolare e dei responsabili, dei soggetti o categorie ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, ottenere aggiornamento, rettifica, integrazione o cancellazione, opporsi al trattamento, in tutto o in parte, per motivi legittimi, rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale.**

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l’esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.

**Il Titolare del trattamento** è la Regione Calabria/**Struttura Regionale di Coordinamento – Centro Regionale Sangue** presso il Dipartimento Tutela della Salute – Cittadella Regionale Viale Europa, Località Germaneto – 88100 Catanzaro (CZ)

**Il Contitolare del trattamento** ai sensi dell’art. 28 Del Codice è il **Direttore Generale pro-tempore dell’ASP di Catanzaro** Via Vinicio Cortese 25 – 88100 (CZ)

**Il Responsabile per la Protezione dei Dati** è il **DPO (Data Privacy Officer) Aziendale Dott. G. Cozza D’Onofrio** cui indirizzare ogni richiesta tramite raccomandata AR.

**Il Responsabile del trattamento** ai sensi dell’art. 29 del Codice è il **Direttore della SSD di Medicina Trasfusionale Dott. Domenico Fusto.**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto/a: .....nato/a a.....il.....

Sesso:  M  F

Residente in via.....n°.....Città.....CAP.....

Recapito Telefonico.....e-mail (facoltativo).....

Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

acconsento  non acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data..... Firma del Donatore/Donatrice \_\_\_\_\_

Medico che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Qualifica: Dirigente Medico Trasfusionista

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE

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

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F

Nazionalità: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

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

Altri recapiti: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

### 1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)

- 1.1. E' mai stato ricoverato in ospedale?.....  SI  NO  
Se sì, perché?.....
- 1.2. E' stato mai affetto da:
- 1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari.....  SI  NO
- 1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi.....  SI  NO
- 1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari.....  SI  NO
- 1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici.....  SI  NO
- 1.2.5. malattie respiratorie.....  SI  NO
- 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero.....  SI  NO
- 1.2.7. malattie renali.....  SI  NO
- 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione.....  SI  NO
- 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori).....  SI  NO
- 1.2.10. diabete.....  SI  NO
- 1.2.11. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?.....  SI  NO
- 1.3. Hai mai avuto shock allergico?.....  SI  NO
- 1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue?.....  SI  NO  
Se sì, quando?.....
- 1.5. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?.....  SI  NO
- 1.6. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?.....  SI  NO
- 1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?.....  SI  NO
- 1.8. E' vaccinato per l'epatite B?.....  SI  NO

**2. Stato di salute attuale**

- 2.1. E' attualmente in buona salute?.....  SI  NO
- 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?.....  SI  NO
- 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando?.....
- 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?.....  SI  NO
- 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche?.....  SI  NO
- 2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?.....  SI  NO
- 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?.....  SI  NO
- 2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?.....  SI  NO
- 2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?.....  SI  NO
- 2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?..  SI  NO

**3. Solo per le donatrici**

- 3.1. E' attualmente in gravidanza?.....  SI  NO
- 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi?.....  SI  NO
- 3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?.....  SI  NO

**4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso**

- 4.1. Ha assunto o sta assumendo:
- 4.1.1. farmaci per prescrizione medica.....  SI  NO
- 4.1.2. farmaci per propria decisione.....  SI  NO
- 4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata.....  SI  NO
- 4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?.....  SI  NO
- 4.3. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?.....  SI  NO
- 4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?.....  SI  NO
- 4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?.....  SI  NO

**5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione**

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili.....  SI  NO
- 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?.....  SI  NO
- 5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?.....  SI  NO
- 5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?.....  SI  NO
- 5.5. Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?.....  SI  NO
- 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?.....  SI  NO
- 5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?.....  SI  NO
- 5.8. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):
- 5.8.1. con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS.....  SI  NO
- 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali?.....  SI  NO
- 5.8.3. **con un partner occasionale ?**.....  SI  NO
- 5.8.4. con più partner sessuali ?.....  SI  NO
- 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti ?.....  SI  NO

- 5.8.6. con scambio di denaro o droga ?.....  SI  NO  
5.8.7. con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo?.....  SI  NO

**5.9. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:**

- 5.9.1. ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e dell'epatite C?.**  SI  NO  
5.9.2. E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia, ecc.)?.....  SI  NO  
5.9.3. Si è sottoposto a :  
a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili.....  SI  NO  
b) agopuntura con dispositivi non monouso.....  SI  NO  
c) tatuaggi .....  SI  NO  
d) piercing o foratura delle orecchie.....  SI  NO  
e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati.....  SI  NO  
5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?  SI  NO  
5.9.5. E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?  SI  NO

Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.

**6. Soggiorni all'estero/province italiane**

- 6.1. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? .....  SI  NO  
Se sì, in quale/i Paese/i.....  
6.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?.....  SI  NO  
6.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?.....  SI  NO  
6.4. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?.....  SI  NO  
6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?...  SI  NO  
6.6. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? .....  SI  NO  
Se sì, dove?.....

**7. Dichiarazione**

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di 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.

Data.....

Firma del donatore.....

Firma del sanitario .....



## CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE

### 1. Parametri fisici del donatore

Età: \_\_\_\_\_ Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Pressione arteriosa: (mmHg) max: \_\_\_\_\_ min: \_\_\_\_\_  
 Frequenza (battiti/minuto): \_\_\_\_\_ Emoglobina (g/dL): \_\_\_\_\_  
 Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione: \_\_\_\_\_

### 2. Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del donatore: \_\_\_\_\_  
 Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico: \_\_\_\_\_

### 3. Giudizio di idoneità

Il donatore risulta:

**Idoneo a donare il seguente emocomponente:**

Tipo: \_\_\_\_\_ Volume: \_\_\_\_\_

**Escluso Temporaneamente** Motivo: \_\_\_\_\_  
 Durata: \_\_\_\_\_

**Escluso Permanentemente** Motivo: \_\_\_\_\_

Data.....

Firma dell'Infermiere responsabile del prelievo

Firma del Medico responsabile della selezione

.....

.....

## CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO E/O EMOCOMPONENTI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a: \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

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

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

\_\_\_\_\_

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

Qualifica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



## Materiale informativo-educativo relativo al rischio di infezione da HIV con indicazioni sulla disponibilità del test HIV presso strutture sanitarie diverse dai servizi trasfusionali

### LA INVITIAMO A LEGGERE PRIMA DI DONARE!

La lettura attenta del presente materiale informativo, nel suo interesse e nell'interesse dei pazienti, le permetterà di rispondere in modo CONSAPEVOLE E RESPONSABILE alle domande del QUESTIONARIO che le verrà somministrato prima della sua donazione di sangue. In tal modo la sua donazione risulterà sicura per le persone alle quali essa sarà destinata.

I più aggiornati dati epidemiologici ci informano che in Europa stanno riemergendo alcune infezioni sessualmente trasmesse; tra queste, particolare rilevanza assume l'HIV (virus responsabile dell'AIDS).

Sebbene in Italia l'incidenza dell'infezione da HIV sia in lenta ma costante diminuzione, ogni anno nuove diagnosi vengono ancora registrate con maggiore incidenza nelle **popolazioni a rischio**, cioè le persone che si espongono a comportamenti a rischio, soprattutto nella fascia d'età compresa tra **25 e 50 anni** (fonte Centro operativo AIDS, CoA-ISS).

La trasmissione sessuale rappresenta la modalità principale di diffusione dell'HIV in Italia. Inoltre, una parte significativa di persone scopre tardivamente di essere HIV positiva, quando è già in fase avanzata di malattia; questo può accadere perché le persone **non ritengono di essersi esposte** ad un contatto a rischio di trasmissione dell'HIV.

#### Le Modalità di trasmissione del virus HIV sono:

- i rapporti sessuali non protetti da preservativo;
- il passaggio del virus da madre HIV positiva a feto/neonato (durante la gravidanza, il parto, l'allattamento);
- l'utilizzo di materiale per iniezione non monouso contaminato da sangue infetto.

Analoghe modalità di trasmissione sono responsabili della trasmissione della sifilide, di epatite B ed epatite C.

### COMPORAMENTI SESSUALI A RISCHIO

La trasmissione del virus avviene attraverso il contatto tra liquidi biologici infetti (secrezioni vaginali, liquido pre-coitale, sperma, sangue) e mucose orali, vaginali ed anali, anche integre, durante i rapporti sessuali. Ulcerazioni e lesioni dei genitali causate da altre malattie possono far aumentare il rischio di contagio. Sono quindi a rischio di trasmissione HIV e di altre infezioni sessualmente trasmesse i rapporti sessuali (vaginali, anali, oro-genitali) non protetti dal preservativo, nonché il contatto diretto tra genitali in presenza di secrezioni. L'uso corretto del preservativo protegge dalla trasmissione dell'HIV e di altre infezioni sessualmente trasmesse. L'uso improprio o la rottura accidentale del preservativo riduce l'efficacia della protezione.

### COSA SUCCEDDE DOPO LA SUA DONAZIONE

#### I TEST PER LA SICUREZZA DEL SANGUE

Per la sicurezza del paziente a cui è destinato, dopo ogni donazione, sul sangue donato vengono eseguiti i test per l'HIV, l'epatite B, l'epatite C e la sifilide. Questi test sono assolutamente sicuri ed accurati, purché il donatore non si trovi nel "periodo finestra" (cioè quel lasso di tempo che

intercorre dal momento dell'infezione alla positivizzazione dei test di laboratorio).

Durante questo periodo il test può essere negativo pur essendo la persona infetta e quindi già in grado di trasmettere l'infezione.

**Le chiediamo**, pertanto di rispondere in modo **consapevole, e responsabile** al questionario pre-donazione e qualora **si riconoscesse** in uno dei comportamenti a rischio precedentemente illustrati, **le raccomandiamo di sottoporsi al test per l'HIV** in una delle strutture sanitarie accreditate dedicate.

Per saperne di più sull'infezione da HIV, sulle altre infezioni sessualmente trasmesse e sulle strutture dove effettuare i test la invitiamo a consultare il **sito web del Ministero della Salute** <http://www.salute.gov> seguendo il percorso:

HOME → LA NOSTRA SALUTE →  
ENCICLOPEDIA SALUTE → INFEZIONI  
SESSUALMENTE TRASMESSE → HIV E AIDS

Vi troverà informazioni dettagliate e potrà usufruire di ulteriori strumenti informativi come il Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse



che offre un servizio di *counseling* telefonico, **anonimo e gratuito**, attivo dal lunedì al venerdì, dalle 13.00 alle 18.00

Le ricordiamo che tutte le informazioni che fornirà sono riservate e la stessa riservatezza è garantita in ogni momento del percorso della donazione. Ulteriori chiarimenti potranno essere richiesti al personale sanitario del Servizio Trasfusionale e delle Unità di Raccolta dove effettuerà la donazione.

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO  
TRASFUSIONALE/ASSOCIAZIONE

