

**ALLEGATO
MODULO DI PRELIEVO**

Parte B - Valutazione delle condizioni di salute del candidato donatore:

Parte C - Requisiti fisici:

Sangue intero

Età..... Peso (kg)..... P.A.(mmhg)..... min..... F.c.(batt/min).....
Emoglobina (g/dl)..... Ematocrito (%).....

Emocomponenti

Età..... Peso (kg)..... P.A.(mmhg)..... min..... F.c.(batt/min).....
Emoglobina (g/dl)..... Ematocrito (%)..... Protidemia (g/dl)..... Quadro Elettroforetico
Piastrine (/mmc)..... PT(%)..... PTT (sec)..... Leucociti (/mmc).....

Volume complessivo emocomponenti raccolti (ml).....

Hb post-donazione (g/dl)..... Piastrine post-donazione (/mmc).....

Altri esami a giudizio medico:

ECG.....
Rx Torace.....
Altro.....

Parte D - Giudizio di idoneità

Idoneo alla donazione di.....

Volume proposto di donazione (ml).....

Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi.....

Periodo di sospensione.....

Prossimo controllo.....

Sospeso definitivamente per i seguenti motivi.....

Firma del medico responsabile della selezione.....

Parte E - CONSENSO ALLA DONAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo sull'AIDS ed altre malattie infettive trasmissibili e di averne compreso compiutamente il significato, di essere venuto a conoscenza che la normativa nazionale consiglia un numero massimo di 4 donazioni all'anno, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato correttamente 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 del ricevente il sangue donato, di aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di prelievo proposta, di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso, di non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta, di sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive alla donazione non svolgerà attività o hobby rischiosi. Autorizza l'esecuzione di eventuali test aggiuntivi per la ricerca avanzata di Agenti Infettanti.

Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Data/...../.....

Firma del Donatore

Parte F - Esami Obbligatori ad ogni donazione e controlli periodici:

Esami obbligatori ad ogni donazione.....

Esami immunoematologici.....

Esami per il donatore periodico.....