



A.O.R.N. "ANTONIO CARDARELLI" - NAPOLI
Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Via A. Cardarelli, 9 - 80131 Napoli

Napoli,
Gruppo
Fattore Rh
Fenotipo
Sistema Kell:
Ultima donazione
Ultima Aferesi
Totale Donazioni

Donatore	ID
Luogo e data di nascita	
Sesso	C.F.
Residente a:	
Via N° civico	
Tel Casa	Ufficio: Cell:

E' attualmente in buona salute?

SI	NO
----	----

Ha sofferto di malattie allergiche,autoimmuni, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale,tumori maligni, tubercolosi,diabete, convulsioni e/o svenimenti, attacchi epilettici, episodi febbrili o sindromi influenzali,malattie cardiovascolari,malattie infettive, ittero e/o epatite, malattie renali,ematologiche reumatiche, tropicali? Se Si di quali?

SI	NO
----	----

Stai facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? Se si, di quali?

SI	NO
----	----

Ha ingerito di recente (meno di 5 gg) aspirina o altri analgesici?

SI	NO
----	----

Ha notato perdita ingiustificata di peso negli ultimi tempi?

SI	NO
----	----

Ha sofferto febbri di natura ignota?

SI	NO
----	----

Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?

SI	NO
----	----

E' dedito all'alcool?

SI	NO
----	----

E' stato di recente sottoposto a vaccinazioni?

SI	NO
----	----

Se si, quale quando?

Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?

SI	NO
----	----

Ha assunto sostanze stupefacenti?

SI	NO
----	----

Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive?

SI	NO
----	----

E' mai risultato positivo a test per l'epatite B e/o C e per l'AIDS?

SI	NO
----	----

In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?

SI	NO
----	----

Ha ricevuto ormoni della crescita o estratti ipofisari?

SI	NO
----	----

Ha recentemente fatto viaggi ed ha soggiornato all'estero?

SI	NO
----	----

Se si, dove? quando? per quanto tempo?

Le è mai stato indicato di non donare sangue?

SI	NO
----	----

Se si, per quale motivo?

E' mai stato sottoposto a trapianto di organi o cellule?

SI	NO
----	----

Se si, di quali quando?

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:

E' stato sottoposto ad interventi chirurgici?

SI	NO
----	----

Ha effettuato indagini endoscopiche?

SI	NO
----	----

Ha effettuato procedure che comportano l'uso del catetere?

SI	NO
----	----

Ha effettuato cure odontoiatriche nell'ultimo mese?

SI	NO
----	----

Si è sottoposto a tatuaggi?

SI	NO
----	----

Si è sottoposto a foratura del lobo delle orecchie o altre parti del corpo?

SI	NO
----	----

Si è sottoposto ad agopuntura?

SI	NO
----	----

E' stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?

SI	NO
----	----

Si è accidentalmente esposto ad una contaminazione delle mucose del sangue?

SI	NO
----	----

Ha attività o hobby rischiosi?.....

SI	NO
----	----

Da quante ore ha effettuato l'ultimo pasto?

Soltanto per le donatrici:

Ha avuto gravidanze o interruzione di gravidanza? Se si, quando?

SI	NO
----	----

E' attualmente in gravidanza?.....

SI	NO
----	----

Firma del Donatore

Firma del Medico