



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