

**Oggetto:** GIORNATA DI RACCOLTA DI SANGUE DEL 23 settembre 2026

**Mittente:** dipps228.0500@pecps.poliziadistato.it

**Data:** 14/09/2026, 09:43

**A:** info <info@ordineavvocatisr.it>

aprire allegati

SEZIONE POLIZIA STRADALE DI SIRACUSA

ASSISTENTE CAPO SASTRI VINCENZO

— Allegati: —

|                                                                                      |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| LETTERA SIG. PRESIDENTE ORDINE AVVOCATI SIRACUSA - GIORNATA RACCOLTA<br>23.09.26.pdf | 416 kB |
| alimentazione.pdf                                                                    | 2,7 MB |
| Depliant DonatoriNati.pdf                                                            | 6,8 MB |
| PROMEMORIA.pdf                                                                       | 698 kB |
| SCHEDA QUESTIONARIO.pdf                                                              | 2,4 MB |

PERVENUTO IL 14 SET. 2026  
PROT. N. 4108/2026





Al Signor  
Presidente Ordine degli Avvocati di  
**SIRACUSA**

@-mail

Egregio Presidente,

Donatorinati ADVPS SICILIA – Sezione di Siracusa, di cui mi pregio essere Presidente, sta organizzando **per mercoledì 23 settembre 2026 dalle ore 08:00 alle 12:00**, all'interno del piazzale del Tribunale di Siracusa, la seconda giornata di raccolta di sangue denominata **“Dal sangue versato al sangue donato”** alla quale potranno partecipare i donatori appartenenti alla Polizia di Stato e ai Vigili del Fuoco di Siracusa, gli altri appartenenti alle Forze di Polizia, alle Forze Armate, all'Amministrazione della Giustizia, gli operatori della Giustizia, nonché i rispettivi familiari.

Sarà presente una autoemoteca dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, con proprio personale medico e paramedico.

La prego, pertanto, di voler valutare la possibilità di divulgare a tutti i Suoi iscritti lo svolgimento della presente manifestazione, che prevede sia le donazioni per i soggetti già accreditati, che le pre-donazioni, per coloro i quali si volessero avvicinare a questo mondo del volontariato, al fine accertarne il possesso dei requisiti necessari per poter essere inserito tra i donatori.

Al fine di evitare il più possibile eventuali assembramenti e accelerare i tempi di verifica, il personale eventualmente interessato, sia alla donazione che alla pre-donazione, potrà compilare anticipatamente la scheda allegata, che verrà esibita, in sede di triage, al medico prelevatore prima dell'effettuazione del prelievo.

Vi ringrazio anticipatamente per la incondizionata disponibilità e spero di avervi presenti nella giornata anzidetta.

Rimango a Vostra completa disposizione per ogni ulteriore necessità.

Allego alla presente un promemoria indicante i requisiti sia del donatore che del pre-donatore.

Siracusa, 14 settembre 2026

Distinti saluti

Il Presidente ADVPS SIRACUSA  
Dott. Francesco GIUFFRIDA







## **PROMEMORIA**

### **Requisiti DONATORE**

**Al potenziale donatore di sangue si richiede di avere:**

- età compresa tra i 18 e i 70 anni al massimo;
- peso corporeo non inferiore ai 50 chilogrammi;
- pressione arteriosa: sistolica 110 – 180 mmHg (verifica al momento della donazione);
- polso 50/100 battiti/min, regolare (verifica al momento della donazione);
- emoglobina non inferiore a 12,5 g/dL per le donne e a 13,5 d/dL per gli uomini (verifica al momento della donazione).

### **Requisiti per PRE-DONAZIONE**

**Se si dona per la prima volta è necessario avere un'età compresa tra i 18 e i 60 anni.** Se si supera il limite d'età, la propria idoneità a donare va valutata dal medico presentando un elettrocardiogramma (ECG) valido effettuato negli ultimi 12 mesi. Dai 65 ai 70 anni, si richiede invece un ECG recente di 6 mesi.

Tra gli altri **requisiti per donare il sangue** troviamo anche il possesso di un **buono stato di salute**.



## **Criteri di esclusione temporanea del donatore**

**Non è sempre possibile donare il sangue o comunque non è possibile per tutti:** oltre ai requisiti per donare il sangue, vi sono infatti anche alcuni **criteri di sospensione** che impediscono il prelievo per un certo periodo di tempo. Andiamo a scoprirli insieme:

- Parto – sospensione per 6 mesi
- Interruzione di gravidanza – 6 mesi
- Ciclo mestruale in atto – 8-10 gg il termine del ciclo
- Allergie in atto
- Ulcera gastrica e/o duodenale in atto
- Alcune malattie infettive (da valutare alla guarigione)
- Tatuaggi – 4 mesi
- Agopuntura – 4 mesi (Se eseguiti con strumenti monouso)
- Foratura orecchie\*/Piercing – 4 mesi
- Alcune tipologie di vaccinazioni
- Trasfusione di emocomponenti o emoderivati (immunoglobuline) – 4 mesi
- Assunzione di alcune tipologie di farmaci
- Rapporti sessuali a rischio – 4 mesi
- Viaggi (da valutare).

**N.B.:Prima di donare il sangue si può fare una leggera colazione con thè, caffè, biscotti secchi, fette biscottate (sono vietati latte e derivati).**

# LA DONAZIONE DI SANGUE, PLASMA E PIASTRINE



**MANGIARE SANO:  
UN BENEFICIO PER TE**  
**UN DONO PER GLI ALTRI!**



**CRS**  
Centro Regionale Sangue  
Toscana

POSSO MANGIARE  
PRIMA DELLA  
DONAZIONE?

**sì**

È CONSIGLIATO  
FARE PASTI LEGGERI  
ANCHE IN CASO DI  
DONAZIONE POMERIDIANA

DA EVITARE  
ARRIVARE DIGIUNI  
DA OLTRE 2 ORE  
IN CASO DI DONAZIONE IN  
TARDA MATTINATA SI CONSIGLIA  
UNO SNACK LEGGERO

IL GIORNO PRIMA

LA CENA DEVE ESSERE  
POVERA DI GRASSI E  
ZUCCHERI

CONSIGLIAMO  
PASTA O RISO IN  
BIANCO O POMODORO;  
CARNE BIANCA O PESCE;  
VERDURA;  
TOAST;  
INSALATA;  
MINISTRONE;  
ZUPPA DI CEREALI.



LA COLAZIONE

PUOI FARE UNA  
PICCOLA COLAZIONE  
POVERA DI GRASSI E  
ZUCCHERI

CONSIGLIAMO  
SPREMUTA;  
THE O CAFFÈ;  
FETTE BISCOTTATE;  
PANE TOSTATO CON  
MARMELLATA;  
CRACKERS.



IL PRANZO

IL PRANZO DEVE  
ESSERE LEGGERO E  
ALMENO 2 ORE PRIMA  
DELLA DONAZIONE

CONSIGLIAMO  
PASTA O RISO IN  
BIANCO O POMODORO;  
CARNE BIANCA O PESCE;  
VERDURA;  
TOAST;  
INSALATA;  
MINISTRONE;  
ZUPPA DI CEREALI.



POST DONAZIONE

È POSSIBILE  
ALIMENTARSI  
LIBERAMENTE, SENZA  
ESAGERARE!!!

UNA ALIMENTAZIONE  
ECESSIVA O RICCA DI  
GRASSI POTREBBE  
CAUSARE UNA  
RIDUZIONE DELLA  
PRESSIONE  
SANGUIGNA.

RIASSUMENDO  
NON SI DONA

DIGIUNI



NON SI DONA

SATOLLI



**DA EVITARE**

ALCOLICI E BEVANDE GASSATE

FRITTI E FAST FOOD

LATTE E LATTICINI

DOLCI



## IDRATAZIONE

**NEL GIORNO DELLA DONAZIONE E NEI GIORNI PRECEDENTI E SUCCESSIVI  
È FONDAMENTALE IDRATARSI**

**BERE MOLTA ACQUA**

**NON ECCEDERE CON BEVANDE RICCHE DI CAFFEINA**





## LA DONAZIONE DEL SANGUE

Il sangue e gli emocomponenti sono prodotti terapeutici indispensabili. Costituiscono infatti la terapia di supporto in moltissime situazioni cliniche mediche, chirurgiche e nelle emergenze. La donazione di sangue è facile e veloce. Possono donare tutte le persone con età compresa tra i 18 e i 65 anni. È anche possibile continuare a donare fino a 70 anni, dopo valutazione dei fattori di rischio e a discrezione del medico responsabile della selezione.

Il donatore deve avere un buono stato di salute, un peso non inferiore a 50 Kg ed uno stile di vita privo di comportamenti a rischio.

La donazione in genere dura circa 30 minuti, e sul sangue donato verranno eseguiti una serie di esami clinici che verranno inviati anonimamente al donatore, esercitando così un'attività di prevenzione sul suo stato di salute.



## ASSOCIAZIONE DONATORI E VOLONTARI PERSONALE POLIZIA DI STATO

L'Associazione è nata nel 2003 dall'iniziativa di 7 donatori abituali che hanno voluto condividere la propria esperienza di donatori di sangue e costituire un'Associazione di volontariato aperta a tutti. Numerose sono state le donazioni a favore di chi ne ha avuto bisogno. Dal 2017 l'Associazione utilizza il nuovo brand "Donatorinati" e conta circa 10.000 donatori abituali su tutto il territorio nazionale.

Nel 2018 è stato firmato un protocollo d'intesa tra il CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO e DONATORINATI.

Tale protocollo è finalizzato a favorire la diffusione della cultura della donazione di sangue allo scopo di aumentare il numero dei donatori periodici.

## UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Donare sangue è un gesto d'altruismo. Numerosi pazienti ricoverati presso gli ospedali italiani attendono quotidianamente trasfusioni di sangue ed emocomponenti provenienti prevalentemente dai donatori periodici.

## UN SOSTEGNO IMPORTANTE

*Ogni anno è possibile sostenere l'Associazione al momento della dichiarazione dei redditi destinando il 5 per mille all'ADVPS - ONLUS.*

**Codice fiscale 97308750583**

[www.donatorinati.it](http://www.donatorinati.it)  
segreteria@donatorinati.it  
Tel. 339 113 60 30 - 06 45 492 530

☎ 351 277 93 69

📧 @donatorinati 🌐 donatorinati

# DONATORINATI

ASSOCIAZIONE DONATORI VOLONTARI - POLIZIA DI STATO



dal  
**Sangue  
VERSATO**

al  
**Sangue  
DONATO**

## LA DONAZIONE IN AFERESI

Il sangue è un liquido composto da una parte liquida, detta plasma, e da diversi tipi di cellule: globuli rossi, globuli bianchi e piastrine. Il sangue, una volta donato, viene frazionato in tre componenti (plasma, piastrine e globuli rossi) per poter essere trasfuso ai pazienti in modo mirato a seconda delle loro necessità specifiche.

La donazione in aferesi prevede l'utilizzo di sofisticate apparecchiature monouso chiamate separatori cellulari. Dura circa un'ora e consente di donare in modo selettivo una o più componenti del sangue sulla base del singolo donatore, ottenendo emocomponenti standardizzati di elevata qualità.



## INTERVALLI TRA LE DONAZIONI

Il numero massimo di donazioni di **sangue intero** nell'anno non deve essere superiore a 4 per l'uomo/donna in età non fertile e 2 per la donna in età fertile, con un intervallo minimo di 90 gg. tra due donazioni. L'intervallo minimo di tempo tra due donazioni di **plasma** o tra una di **plasma** e una di **sangue** è di 14 gg., mentre tra una di **sangue** e una di **plasma** l'intervallo è di 1 mese. Stesso intervallo di 14 gg. vale anche per due donazioni di piastrine. Per la donazione **multicomponente** si rinvia alla lettura della parte A, punto 3 dell'allegato IV del decreto del Ministero della Salute del 2/11/2015.

## REQUISITI DEL DONATORE

### ETÀ

- compresa tra i 18 e i 65 anni

### PESO CORPOREO

- non inferiore a 50 Kg
- non inferiore a 60 Kg per donazione multicomponente dove un elemento sia globuli rossi

### PRESSIONE ARTERIOSA

- sistolica 110-180 mmHg
- diastolica 60-100 mmHg
- polso: 50-100 battiti/min. regolare

### EMOGLOBINA (Hb) per donazione sangue

- maggiore a 12,5 gr/dl per le donne
- maggiore a 13,5 gr/dl per gli uomini

### EMOGLOBINA (Hb) per donazione plasma

- maggiore a 11,5 gr/dl per le donne
- maggiore a 12,5 gr/dl per gli uomini

## NON POSSONO DONARE

Le persone che hanno avuto epatiti virali, sifilide, infezioni da HIV, malattie di cuore, tumori, diabete (con alcune eccezioni), epilessia, malattie reumatiche e altre malattie sistemiche.

## NON POSSONO DONARE TEMPORANEAMENTE

Le persone che presentano almeno una delle seguenti condizioni:

- Gravidanza – nel corso della gravidanza e per i 6 mesi successivi a parto o aborto;
- Sindromi influenzali, faringiti, allergie recenti o in corso (2 settimane);
- Terapie odontoiatriche (1 settimana – 4 mesi);
- Trasfusioni ricevute (4 mesi);
- Soggiorno recente in zona malarica (6 mesi);
- Malattie infettive;
- Interventi chirurgici (da 1 settimana a 4 mesi);
- Esami endoscopici (4 mesi);
- Tatuaggi, agopuntura, foratura delle orecchie (4 mesi);
- Vaccinazioni recenti (in base al tipo);
- Rapporti sessuali occasionali con partner non abituali;
- Assunzione di alcuni farmaci (in base al tipo).

## DOVE DONARE

Si può donare in occasione di una delle numerose giornate di donazione organizzate su tutto il territorio nazionale o presso i centri trasfusionali convenzionati con l'Associazione consultabili sul sito dell'Associazione [www.donatorinati.it](http://www.donatorinati.it).

|                                                                                                                                                                           |                                                                                |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <br>U.O.C. di Coordinamento<br>Servizio di Immuno-Ematologia<br>e Medicina Trasfusionale | <b>MODULO MD01</b><br><b>QUESTIONARIO MODALITÀ MANUALE</b><br><b>EMERGENZA</b> | <b>MOD-MD01C</b>                 |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                | Ed. II Rev. 00<br>del 10/06/2019 |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                | Pag. 1 di 7                      |

CONFORME al D.M. 2 novembre 2015

**CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO,  
EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ NATO 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 \_\_\_\_\_

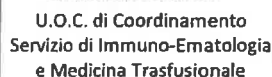
Cognome/Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

Medico Curante \_\_\_\_\_



Pag. 2 di 7

NOME \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  <p>U.O.C. di Coordinamento<br/>Servizio di Immuno-Ematologia<br/>e Medicina Trasfusionale</p> | <p align="center"><b>MODULO MD01</b><br/><b>QUESTIONARIO MODALITÀ MANUALE</b><br/><b>EMERGENZA</b></p> | <p align="center"><b>MOD-MD01C</b></p>                  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        | <p align="center">Ed. II Rev. 00<br/>del 10/06/2019</p> |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        | <p align="center">Pag. 3 di 7</p>                       |

- 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. È 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
- Se sì, quale/i \_\_\_\_\_
- 4.2 Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari ? [ ]SI [ ]NO
- 4.3 È 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

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                            |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  <p>U.O.C. di Coordinamento<br/>Servizio di Immuno-Ematologia<br/>e Medicina Trasfusionale</p> | <p align="center"><b>MODULO MD01</b></p> <p align="center"><b>QUESTIONARIO MODALITÀ MANUALE</b></p> <p align="center"><b>EMERGENZA</b></p> | <p align="center"><b>MOD-MD01C</b></p>                  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                            | <p align="center">Ed. II Rev. 00<br/>del 10/06/2019</p> |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                            | <p align="center">Pag. 4 di 7</p>                       |

- 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): [ ]SI [ ]NO
- 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. È 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. È 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.

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|  <p>U.O.C. di Coordinamento<br/>Servizio di Immuno-Ematologia<br/>e Medicina Trasfusionale</p> | <b>MODULO MD01</b><br><b>QUESTIONARIO MODALITÀ MANUALE</b><br><b>EMERGENZA</b> | <b>MOD-MD01C</b><br><br>Ed. II Rev. 00<br>del 10/06/2019<br><br>Pag. 5 di 7 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

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

6.1. È 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 ?

6.4. È 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/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ 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 .....

|                                                                                                                                                                           |                                                                                |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <br>U.O.C. di Coordinamento<br>Servizio di Immuno-Ematologia<br>e Medicina Trasfusionale | <b>MODULO MD01</b><br><b>QUESTIONARIO MODALITÀ MANUALE</b><br><b>EMERGENZA</b> | <b>MOD-MD01C</b>                 |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                | Ed. II Rev. 00<br>del 10/06/2019 |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                | Pag. 6 di 7                      |

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

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice), 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.

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 Codice (accesso, integrazione, opposizione 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 ..... (indicare soggetto titolare ai sensi dell'art. 28 Del Codice - estremi identificativi)

Il Responsabile del trattamento è ..... (indicare soggetto responsabile, ove designato, ai sensi dell'articolo 29 del codice)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|  <p> <b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</b><br/> <b>83</b><br/> <b>U.O.C. di Coordinamento</b><br/> <b>Servizio di Immuno-Ematologia</b><br/> <b>e Medicina Trasfusionale</b> </p> | <p align="center"> <b>MODULO MD01</b><br/> <b>QUESTIONARIO MODALITÀ MANUALE</b><br/> <b>EMERGENZA</b> </p> | <b>MOD-MD01C</b>                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            | Ed. II Rev. 00<br>del 10/06/2019 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            | Pag. 7 di 7                      |

**Cartella sanitaria del donatore**

**1. Parametri fisici del donatore**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

Età.....Peso(Kg).....Pressione arteriosa (mmHg) max..... min.....

Frequenza (batt/min)..... 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 del medico responsabile della selezione .....

