



Questionario medico CT/VT e Medical CheckUp

GRID / RELATED-ID:

La ringraziamo se ora vorrà rispondere con la massima sincerità alle domande che seguono segnando con una croce la casella corrispondente. Contribuirà così a garantire la sua sicurezza e quella dei pazienti che riceveranno le sue cellule staminali del sangue.

	Si	No	Visto
1. Si ritiene attualmente in buona salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Il suo peso è di almeno 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ha già fatto una donazione di cellule staminali del sangue? Se sì, quando? _____ Dove? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Nel corso delle ultime 4 settimane ha ricevuto cure mediche o ha avuto febbre oltre 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. a) Nel corso delle ultime 4 settimane ha utilizzato farmaci - anche senza prescrizione medica - (ad es. pastiglie, iniezioni, supposte)? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha fatto uso di Avodart® o di Duodart® contro l'iperplasia prostatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nel corso degli ultimi 12 mesi ha fatto uso di Neotigason®, Acicutan® (psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Nel corso degli ultimi 2 anni ha fatto uso di Erivedge® o un farmaco generico (compreso la biocellulare / cancro della pelle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato(a) vaccinato(a) contro la rabbia, l'epatite B, il tetano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato(a) sottoposto(a) ad altre vaccinazioni? Quali? _____ Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Soffre o ha sofferto in passato di una delle malattie o dei sintomi seguenti? a) Malattia cardiaca/circolatoria o polmonare (ad es. ipertensione, ipotensione, infarto, disturbi respiratori, ictus cerebrale, attacco ischemico transitorio (tia), embolia polmonare, perdita di coscienza?) Quale? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Malattia allergica (ad es. raffreddore da fieno, asma, allergia ai farmaci)? Quale? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Altre malattie (ad es. diabete, malattie del sangue, della coagulazione, disturbi vascolari, disturbi renali, malattie della tiroide, malattie neurologiche, epilessia, cancro)? Quale? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Nel corso degli ultimi 12 mesi ha <input type="checkbox"/> sofferto di una malattia? <input type="checkbox"/> avuto un incidente? <input type="checkbox"/> subito un'operazione? Se sì, precisare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. a) Ha ricevuto un trapianto di organo o di tessuto umano o animale? Quale? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha subito un intervento chirurgico al cervello o al midollo spinale? Quale? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 01.01.1986?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) A lei o a un suo parente di primo grado è mai stata diagnosticata la malattia di Creutzfeld-Jakob o ne esiste il sospetto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Nel corso degli ultimi 12 mesi ha ricevuto una o più trasfusioni di sangue (eritrociti, trombociti, plasma)? Se sì, quando? _____ Per quale motivo? _____ In quale paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Ha soggiornato fuori dalla Svizzera negli ultimi 30 giorni? a) Se sì, dove? _____ Da quando a quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha accusato dei sintomi (ad es. febbre) sul posto o dopo il ritorno? Se sì, precisare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Rischio di malaria: Nel corso degli ultimi 12 mesi ha soggiornato fuori dall'Europa? Se sì, dove? _____ Da quando è ritornato/a? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. a) È nato/a in un paese extraeuropeo, vi è cresciuto/a o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____ Se sì, da quando vive (di nuovo) in Europa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Sua madre è nata in un paese extraeuropeo, vi è cresciuta o vi ha vissuto per un periodo superiore ai 6 mesi? Se sì, in quale paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



GRID / RELATED-ID:

	Si	No	Visto
12. a) Si è mai ammalato/a di: <input type="checkbox"/> Tubercolosi, <input type="checkbox"/> Borreliosi, <input type="checkbox"/> Infezione ossea, <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi, <input type="checkbox"/> Malaria, <input type="checkbox"/> Zika? Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Si è mai ammalato/a di: <input type="checkbox"/> Babesiosi, <input type="checkbox"/> Brucellosi, <input type="checkbox"/> Malattia di Chagas, <input type="checkbox"/> Ebola, <input type="checkbox"/> febbre emorragica virale, <input type="checkbox"/> Febbre Q, <input type="checkbox"/> Leishmaniosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Nel corso delle ultime 4 settimane ha avuto contatto con malattie infettive? Quali? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Nel corso delle ultime 4 settimane è stato/a punto/a da una zecca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> un tatuaggio, <input type="checkbox"/> una gastro- o coloscopia, <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura, <input type="checkbox"/> una depilazione con aghi, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> un maquillage permanente, <input type="checkbox"/> il micro-blading, <input type="checkbox"/> un contatto con sangue estraneo (ferita con una puntura d'ago, spruzzi di sangue negli occhi, nella bocca o un'altra parte del corpo)? Se sì, quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Ha mai avuto l'ittero o un test risultato positivo all'epatite? Quale? Epatite <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Altra forma d'ittero: _____ Quando? <input type="checkbox"/> alla nascita Altra data: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Qualcuno della sua famiglia, o del suo ambiente domestico, oppure il(la) suo(a) partner sessuale abituale ha sofferto di un ittero (epatite) nel corso degli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Nel corso degli ultimi 12 mesi ha soggiornato almeno 6 mesi in un paese con elevato tasso di AIDS e durante questo soggiorno si è esposto/a a un rischio d'infezione dal virus HIV? (p.es. rapporti sessuali, intervento medico, tatuaggio, piercing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Una o più delle seguenti situazioni a rischio la riguardano? <input type="checkbox"/> nuovo/a/i partner sessuale/i negli ultimi 4 mesi Quanti/e: _____ <input type="checkbox"/> rapporti sessuali a scopo di lucro (donatore/donatrice paga o pagatore), nel corso degli ultimi 12 mesi Più di una volta? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> iniezione di droghe negli ultimi 10 anni <input type="checkbox"/> test positivo al HIV (AIDS), alla sifilide o all'epatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Ha avuto, negli ultimi 12 mesi, rapporti sessuali con partner che <input type="checkbox"/> sono stati(e) esposti(e) ai rischi indicati alla domanda 17 <input type="checkbox"/> negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto trasfusioni oppure sono stati/e esposti/e a un altro rischio d'infezione dal virus HIV in paesi con un elevato tasso di AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Domande solo per le donne			
19. Ha partorito negli ultimi 12 mesi, sta allattando attualmente o è attualmente incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Quante gravidanze ha avuto (in gravidanza)?			

Confermazione da riempire e firmare dalla donatrice, dal donatore:

I dati personali rilevati sono soggetti all'obbligo del segreto professionale. Trasfusione CRS Svizzera sottostà alla legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Confermo l'esattezza dei miei dati personali e che le risposte al questionario sono corrette.

Nome: _____ Cognome: _____ Data _____ di _____ nascita:

Data: _____ Firma: _____

Per uso interno:

Osservazioni: _____

Completezza del questionario controllato Data: _____ Visto: _____

Idoneità alla donazione Si

No Motivo: _____ Data: _____ Visto: _____