



DATA \_\_\_\_\_

BARCODE

- Ha soggiornato nel Regno Unito per più di sei mesi anche non continuativi dal 1980 al 1996?  **SI**  NO
- Ha ricevuto trasfusioni di sangue, emocomponenti o emoderivati nel Regno Unito dal 1980 ad oggi?  **SI**  NO
- E' stato ricoverato in ospedale o si è recato al Pronto Soccorso negli ultimi 4 mesi? Se SI, per quale motivo? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Ha ricevuto la somministrazione di immunoglobuline antitetano negli ultimi 4 mesi?  **SI**  NO
- E' stato sottoposto a trattamenti a base di ormone della crescita di origine umana di estratti ipofisari prima del 1986?  **SI**  NO
- E' vaccinato per epatite B?  SI  NO
- Se non immune, ha familiari o conviventi che hanno avuto o hanno epatite B?  **SI**  NO
- Se non immune, ha familiari o ha avuto contatti con persone affette da malattie esantematiche e/o da epatite A nell'ultimo mese?  **SI**  NO
- Ha avuto febbre uguale o maggiore di 38°C nelle ultime 2 settimane?  **SI**  NO
- Ha avuto affezioni di tipo influenzale nelle ultime 2 settimane?  **SI**  NO
- Ha avuto diarrea e vomito nelle ultime 2 settimane?  **SI**  NO
- Ha avuto infezione delle vie urinarie nelle ultime 2 settimane?  **SI**  NO
- Ha avuto allergie a farmaci? Se SI, quando? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Ha assunto negli ultimi 15 giorni antibiotici e/o corticosteroidi?  **SI**  NO
- Ha sanguinamento prolungato dopo tagli, estrazione dentaria, interventi chirurgici?  **SI**  NO
- Ha un nuovo partner sessuale da meno di 4 mesi?  **SI**  NO
- Ha avuto rapporti sessuali a rischio, protetti o non protetti, negli ultimi 4 mesi (rapporti a pagamento, rapporti con tossicodipendenti, partner sconosciuti, occasionali o per qualche motivo a rischio di epatiti o HIV)?  **SI**  NO
- Ha avuto rapporti sessuali con partner sottoposto a trasfusioni di sangue / emocomponenti/emoderivati o a trapianto d'organo da meno di 4 mesi?  **SI**  NO
- Si è sottoposto a esami elettromiografici negli ultimi 4 mesi?  **SI**  NO
- Ha ricevuto una puntura di zecca negli ultimi 3 mesi?  **SI**  NO

**Solo per le donatrici**

- E' in allattamento?  **SI**  NO
- Ha in atto il ciclo mestruale?  SI  NO

FIRMA DEL DONATORE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SANITARIO \_\_\_\_\_

Le domande con il **SI** in grassetto e sottolineato indicano i casi in cui è prevista l'esclusione permanente o temporanea dalla donazione. Per le altre è necessaria la valutazione del medico.