



**SOS D. SIMT-VCO** Sede legale :Via Mazzini, 117 – 8887 Omegna (VB)

Cognome ..... Nome .....  
Nato a .....il.....Sesso.....

<b>1) STATO DI SALUTE PREGRESSO (DA COMPILARE ALLA VISITA DI IDONEITA' E SE IL DONATORE NON HA DONATO NEGLI ULTIMI 2 ANNI)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NOTE</b>
1.1. È mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?			
1.2. È stato mai affetto da:			
1.2.1. malattie autoimmuni, reumatologiche, osteoarticolari			
1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi			
1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari			
1.2.4. malattie neurologiche svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici			
1.2.5. malattie respiratorie			
1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero			
1.2.7. malattie renali			
1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione			
1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)			
1.2.10. diabete, malattie del metabolismo			
1.2.11. ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?			
1.3. Ha mai avuto shock allergico?			
1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di emoderivati? Se sì, quando?			
1.5. È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?			
1.6. In famiglia vi sono stati casi di Creutzfeld Jacob? (malattia della mucca pazza)			
1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?			
1.8. È vaccinato per l'epatite B?			
1.9. Ha mai sofferto della sindrome della stanchezza cronica (CFS)?			

In fede

Data .....

.....



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 0063488003

---

**SOS SIMT-VCO** Sede legale :Via Mazzini, 117 – 8887 Omegna (VB)

Il medico del Servizio Trasfusionale, accertata l'identità del donatore, verificata la corretta comprensione dei quesiti sottoposti, dichiara di aver riportato fedelmente l'anamnesi del candidato donatore nella cartella informatica, così come previsto dal DM 02.11.2015 e dalle istruzioni operative.

**IL MEDICO**

Data .....

.....