



Struttura: SOSD SIMT VCO	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 01-CT 24	
Redatta da: Dirigente medico	Approvata da: Responsabile SOSD	Revisione: 02	22/05/2018
Titolo documento: Selezione del donatore di sangue intero ed emocomponenti	Emesso il: 17/03/2015	Pagina 1 di 7	
Firma per redazione: Maria Grazia Mengozzi 	Firma per approvazione: Ruscitto Leonardo  Firma per validazione Direzione Generale Antonino Trimarchi 	Firma Gruppo di Verifica e Validazione: Margherita Bianchi 	

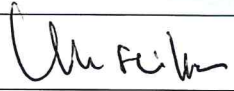

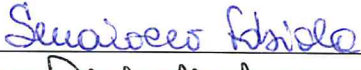

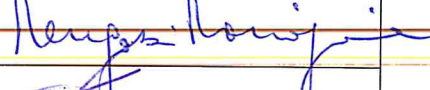



## SELEZIONE DEL DONATORE DI SANGUE INTERO ED EMOCOMPONENTI

### INDICE:

GRUPPO DI LAVORO .....	2
LEGENDA .....	2
SCOPO .....	2
CAMPO DI APPLICAZIONE .....	2
RESPONSABILITÀ.....	3
MATERIALI .....	3
MODALITA' OPERATIVE .....	3
RACCOMANDAZIONI .....	6
INDICATORI.....	6
DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI .....	6
BIBLIOGRAFIA.....	7

Struttura: SOSD SIMT VCO	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 01-CT 24	
Redatta da: Dirigente Medico	Approvata da: RESPONSABILE SOSD	Revisione: 02	22/05/2018
Titolo documento: Selezione del donatore di sangue intero ed emocomponenti	Emesso il: 17/03/2015	Pagina 2 di 7	

## GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Ruscitto Leonardo	Responsabile SIMT ASL VCO	
Bianchi Margherita	Responsabile Governo Clinico, Qualità, Appropriatezza, Rischio Clinico ASLVCO	
Serraiocco Fabiola	Infermiera sede SIMT sede Verbania	
Fobelli Michela	Infermiera SIMT sede Domodossola	
Mengozi Maria Grazia	Dirigente Medico SIMT sede Verbania	
Cotti Piccinelli Ermanna	Dirigente Medico SIMT sede Domodossola	
Paolucci Irene	Dirigente Biologo RAQ SIMT VCO	
Solaro Walter	Coordinatore SIMT sede Domodossola	

## LEGENDA

- CT: centro trasfusionale
- AVIS Associazione Italiana Donatori di Sangue
- CNS Centro Nazionale Sangue
- SIMT Servizio Immunotrasfusionale
- RAQ Referente Aziendale Qualità

## SCOPO

Scopo della seguente procedura operativa è definire le modalità di verifica e di valutazione dell'idoneità del donatore alla donazione di sangue o emocomponenti.

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica a tutti i donatori che, in seguito ad appuntamento telefonico, si recano presso il centri di raccolta delle sedi di Domodossola, Omegna, Stresa e Verbania facenti capo al Servizio di Immunoematologia e Medicina trasfusionale (SIMT) dell'ASLVCO.

Struttura: SOSD SIMT VCO	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 01-CT 24	
Redatta da: Dirigente Medico	Approvata da: RESPONSABILE SOSD	Revisione: 02	22/05/2018
Titolo documento: Selezione del donatore di sangue intero ed emocomponenti	Emesso il: 17/03/2015	Pagina 3 di 7	

## RESPONSABILITÀ

La responsabilità della definizione e della corretta applicazione della procedura è del Medico Trasfusionista.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

Legenda: R responsabile, C coinvolto, I informato, NC non coinvolto.

Azione/attività	Medico	Infermiere
Accoglienza del donatore	NC	R
Controllo parametri vitali ed esami	R	C
Selezione del donatore	R	I
Preparazione alla venipuntura	R	R

## MATERIALI

- Apparecchio per la misurazione della pressione.
- Emoglobinometro.

## MODALITA' OPERATIVE

**Il personale Infermieristico, Medico e Tecnico di supporto in sala prelievi in turno dalle ore 7.30:**

1. **Invita** il donatore a **compilare il modulo** di accettazione e consenso alla donazione di sangue (MOD 01 PO 01-CT 24) con il questionario anamnestico propedeutico alla donazione (situato all'interno di una cartelletta in modo da garantire il massimo della privacy). Le cartellette sono reperibili in sala d'attesa con l'allegato **MOD 01 PO 01-CT 24**
2. **Invita il donatore** nella stanza dedicata alla selezione per la raccolta dei parametri vitali (PA, FC), dell'Hb da digitopuntura e del peso corporeo. In caso di Hb inferiore a 13,5 g/dl nei maschi e inferiore a 12,5 g/dl nelle femmine si ripete il test. Per pesi inferiori ai 50 Kg e per cali ponderali superiori al 10% fare riferimento all'**ALL 01 PO 01-CT 24**.
3. **Riporta** sul modulo di accettazione del donatore i dati appena rilevati: peso, polso e pressione arteriosa.
4. **Accompagna il donatore in sala prelievi** con la cartelletta con il questionario compilato e il foglio stampato coi risultati del livello di emoglobina.

Struttura: SOSD SIMT VCO	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 01-CT 24	
Redatta da: Dirigente Medico	Approvata da: RESPONSABILE SOSD	Revisione: 02	22/05/2018
Titolo documento: Selezione del donatore di sangue intero ed emocomponenti	Emesso il: 17/03/2015	Pagina 3 di 7	

## RESPONSABILITÀ

La responsabilità della definizione e della corretta applicazione della procedura è del Medico Trasfusionista.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

Legenda: R responsabile, C coinvolto, I informato, NC non coinvolto.

Azione/attività	Medico	Infermiere
Accoglienza del donatore	NC	R
Controllo parametri vitali ed esami	R	C
Selezione del donatore	R	I
Preparazione alla venipuntura	R	R

## MATERIALI

- Apparecchio per la misurazione della pressione.
- Emoglobinometro.

## MODALITA' OPERATIVE

**Il personale Infermieristico, Medico e Tecnico di supporto in sala prelievi in turno dalle ore 7.30:**

1. **Invita** il donatore a **compilare il modulo** di accettazione e consenso alla donazione di sangue (MOD 01 PO 01-CT 24) con il questionario anamnestico propedeutico alla donazione (situato all'interno di una cartelletta in modo da garantire il massimo della privacy). Le cartellette sono reperibili in sala d'attesa con l'allegato **MOD 01 PO 01-CT 24**
2. **Invita il donatore** nella stanza dedicata alla selezione per la raccolta dei parametri vitali (PA, FC), dell'Hb da digitopuntura e del peso corporeo. In caso di Hb inferiore a 13,5 g/dl nei maschi e inferiore a 12,5 g/dl nelle femmine si ripete il test. Per pesi inferiori ai 50 Kg e per cali ponderali superiori al 10% fare riferimento all'**ALL 01 PO 01-CT 24**.
3. **Riporta** sul modulo di accettazione del donatore i dati appena rilevati: peso, polso e pressione arteriosa.
4. **Accompagna il donatore in sala prelievi** con la cartelletta con il questionario compilato e il foglio stampato coi risultati del livello di emoglobina.

Struttura: SOSD SIMT VCO	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 01-CT 24	
Redatta da: Dirigente Medico	Approvata da: RESPONSABILE SOSD	Revisione: 02	22/05/2018
Titolo documento: Selezione del donatore di sangue intero ed emocomponenti	Emesso il: 17/03/2015	Pagina 4 di 7	

### Il Medico di turno in accettazione:

1. **Chiama il donatore** utilizzando la numerazione assegnata in fase di prenotazione della donazione per l'accesso allo studio accettazione.
2. Accede **al programma per l'accettazione della donazione** con il software in uso per i donatori convocati dalle Avis comunali.
3. **Verifica l'identità del donatore** chiedendo i dati anagrafici (identificazione attiva) e confrontando le risposte con quanto riportato sulla tessera associativa, se corredata di foto, o su un documento di identità valido; confronta i dati anagrafici con quelli riportati nel modulo di accettazione e consenso alla donazione **MOD 01 PO 01-CT 24** quali:
  - A. **la corretta la compilazione** del Cognome e Nome del donatore, del numero tessera, della dichiarazione di essere in buona salute e delle risposte del questionario anamnestico.
  - B. la presenza della data e della firma in calce al consenso alla donazione e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.
  - C. la completezza della **compilazione** secondo i parametri elencati negli **ALL 01 PO 01-CT 24**.
  - D. **l'eventuale sospensione** temporanea o permanente su Eliot così come riportato nell'allegato **ALL 01 PO 01-CT 24**.
4. **Verifica la pressione arteriosa del donatore già controllata dall'infermiera.** Considera idoneo il donatore che presenti una P.A. **sistolica** compresa **fra 100 e 180** mm di mercurio e una P.A. **diastolica fra 50 e 100** mm di mercurio:
  - a. Per **valori pressori elevati**, propone il **rilassamento** del donatore in uno studio medico sul lettino da visita, ricontrollando i valori pressori non prima di 10 minuti. In caso di persistenza di valori ipertensivi: sospende il donatore; consegna un **libretto**, su cui il donatore potrà segnalare i valori pressori riscontrati nelle settimane successive; invita il donatore a recarsi **dal medico curante** per ulteriori accertamenti consegnando—un elenco con i farmaci antiipertensivi controindicati per la donazione; invita il donatore a ripresentarsi coi controlli pressori nella norma, comunque non prima di 2 mesi (eventualmente segnala la disponibilità del Servizio per controlli pressori nelle ore pomeridiane).
  - b. Per **valori di pressione sistolica minore a 100 mm di mercurio** si invita il donatore a ripresentarsi coi controlli pressori nella norma, comunque non prima di 2 mesi (eventualmente segnala la disponibilità del Servizio per controlli pressori nelle ore pomeridiane).
  - c. In entrambi i casi sospende il donatore per almeno 2 mesi secondo le istruzioni operative di Eliot segnalando la stessa all'Associazione.
5. **Valuta ritmo e frequenza delle pulsazioni** già in precedenza controllati dall'infermiera, considerando idoneo il donatore con una frequenza ritmica compresa **tra 50 e 100 battiti** al minuto: per frequenze inferiori considerare idoneo il donatore che svolge attività sportiva; per frequenze superiori ricontrollare la frequenza dopo circa 10 minuti e rivalutare l'idoneità. In

Struttura: SOSD SIMT VCO	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 01-CT 24	
Redatta da: Dirigente Medico	Approvata da: RESPONSABILE SOSD	Revisione: 02	22/05/2018
Titolo documento: Selezione del donatore di sangue intero ed emocomponenti	Emesso il: 17/03/2015	Pagina 5 di 7	

caso persista frequenza elevata rinviare la donazione e controllare il TSH rimandando la disponibilità di almeno 15gg.

6. Valuta il livello di **Hb** che non deve essere inferiore a **12.5 g/dl per la donna e 13.5 g/dl per l'uomo** per la donazione di sangue intero e inferiore a **11.5 g/dl per la donna e 12.5 g/dl per l'uomo** per la donazione di plasma e/o piastrine. In caso di livelli inferiori, confermati da una successiva determinazione su sangue capillare, sospende il donatore, eseguendo un controllo di emocromo e ferritina; consegna al donatore eventuale certificazione di presentazione a donazione senza buon esito per il datore di lavoro come da **MOD 03 PO 01-CT 24**.
7. **Riporta** sulla scheda del donatore i risultati di **polso, pressione arteriosa e peso** secondo le istruzioni relative del Software. Quindi:
  - A. **Firma** per accettazione il modulo di consenso **MOD 01 PO 01-CT 24** nella parte riservata in alto a destra.
  - B. **Sceglie la tipologia e il volume di donazione più idonea** concordata col donatore: Sangue Intero, Plasmaferesi, Multicomponent GR+plasma o Multicomponent PLT+plasma. **Per il sangue intero sono previsti 450 ml al netto della soluzione anticoagulante impiegata.** In casi particolari motivati e ai fini dell'utilizzo dell'unità è possibile accettare uno scostamento del 10% del volume. In quest'ultima situazione inserire la dicitura **NO PLT** nel gestionale durante la fase di accettazione in modo che il messaggio passi a chi si occuperà della lavorazione.
  - C. **Compila il questionario computerizzato** secondo le istruzioni operative del software, segnala l'utilizzo di farmaci antiinfiammatori all'attenzione del personale addetto alla sala prelievi, riportando nel "Raccordo anamnestico": **NO PLT PER ANTIINFIAMMATORI** o frasi analoghe.
  - D. **Stampa** il modulo di accettazione **MOD 02 PO 01-CT 24** e **Controfirma** nell'apposito spazio relativo al medico selezionatore.
8. **Riporta il risultato del test** dell'emoglobina capillare nell'apposito spazio sulla scheda donazioni del software cliccando pre-donazione.
9. **Stampa il modulo accettazione** per la sala prelievi (**MOD 02 PO 01-CT 24**) secondo le istruzioni operative del software controfirmando lo spazio relativo al Dirigente medico.
10. **Verifica la necessità** di esecuzione di **controlli annuali** o di altri esami secondo il colloquio avvenuto tra medico e donatore ed eventuali suggerimenti nelle note cliniche e nell'elenco dei donatori convocati.
11. **Registra l'accettazione** secondo le istruzioni operative del software.
12. **Inserisce le ulteriori analisi** secondo le istruzioni relative del software utilizzando anche i barcode predisposti.
13. **Esce** dalla sezione informatica dell'accettazione confermando la **stampa dei blister** sul computer situato in sala prelievi dove saranno utilizzate dal personale infermieristico o tecnico per la preparazione della sacca di raccolta e delle provette di validazione.

Struttura: SOSD SIMT VCO	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 01-CT 24	
Redatta da: Dirigente Medico	Approvata da: RESPONSABILE SOSD	Revisione: 02	22/05/2018
Titolo documento: Selezione del donatore di sangue intero ed emocomponenti	Emesso il: 17/03/2015	Pagina 6 di 7	

14. **Chiede** al donatore su quale braccio gradisce la flebotomia: strofina sulla piega del gomito del braccio prescelto **una garza con soluzione saponosa di Clorexidina** pregandolo di mantenere la garza fino alla disinfezione successiva in sala prelievi.
15. **Accompagna il donatore in sala prelievi consegnando personalmente** la cartelletta al personale infermieristico completa si questionario e modulo di accettazione.

## RACCOMANDAZIONI

Le comunicazioni del CNS (riguardanti i criteri di idoneità alla donazione) vengono inviate ~~tempestivamente attraverso e-mail dal Responsabile del SIMT ai Dirigenti Medici coinvolti nella selezione del donatore e alle AVIS che gestiscono le chiamate dei donatori. Il Responsabile attende le mail di conferma di lettura di ogni destinatario e successivamente archivia la pratica.~~ In questo modo si garantisce una tracciabilità delle comun azioni urgenti in materia di idoneità del donatore. Si raccomanda un'attenta valutazione del donatore in relazione ai rischi infettivi, segnalando la possibilità di AUTOESCLUSIONE in qualsiasi momento. Si raccomanda al personale tecnico l'esecuzione dei controlli di qualità previsti sullo strumento di lettura della digito puntura.

## INDICATORI

Di seguito gli indicatori da raccogliere a cura dei Responsabili Qualità-Rischio con cadenza annuale.

Numero di unità di <i>buffy coats</i> eliminate sul numero totale delle segnalazioni di terapia con FANS	Standard = 0
Numero di segnalazioni di rischi infettivi post donazione sul totale	Standard = 0

Il monitoraggio è da effettuarsi annualmente ed è a carico del Responsabile SIMT del RQ/RM, la valutazione viene condivisa col Direttore per eventuali azioni correttive.

## DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI

- **MOD 01PO 01-CT 24** Modulo di accettazione / consenso alla donazione di sangue.
- **MOD 02PO 01-CT 24** Modulo di accettazione per la sala prelievi con certificazione di presentazione a donazione.

Struttura: SOSD SIMT VCO	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 01-CT 24	
Redatta da: Dirigente Medico	Approvata da: RESPONSABILE SOSD	Revisione: 02	22/05/2018
Titolo documento: Selezione del donatore di sangue intero ed emocomponenti	Emesso il: 17/03/2015	Pagina 7 di 7	

- **MOD 03 PO 01-CT 24** certificazione di presentazione a donazione senza buon esito per il datore di lavoro

**NB I moduli di accettazione/consenso per la sala prelievi sono raccolti a fine giornata e conservati in apposito registro nella sala prelievi. Mensilmente sono archiviati.**

### ALLEGATI

- **ALL 01 PO 01-CT 24** Criteri aggiuntivi di sospensione temporanea o permanente dalle donazioni.
- **ALL 02 PO 01-CT 24** Consigli post donazione
- **ALL 03 PO 01-CT 24** Materiale informativo-educativo relativo al rischio infezione HIV

---



---

### BIBLIOGRAFIA

- D.M. 2-11-2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” G.U. 300 28-12-2015.
- Decreto 03/03/ 2005 – Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti
- Decreto 03/03/05 Protocolli per l’accertamento dell’idoneità del donatore di sangue ed emocomponenti
- Direttiva 2004/33/CE della commissione del 22/03/2004 che applica la direttiva 2002/98CE del Parlamento europeo e del Consiglio relativa a taluni requisiti tecnici del sangue e degli emocomponenti
- Decreto legislativo 19/08/ 2005 N° 191 – attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti
- Direttiva 2005/61/CE della Commissione del 30/09/2005 che applica la direttiva 2002/98/CE del parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguardale prescrizioni in tema di rintracciabilità e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi
- Legge 21/10/2005 N° 219 – Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati
- Linee guida per l’accertamento della idoneità del donatore e sulle caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e degli emocomponenti (regione Piemonte Bollettino ufficiale n°06 del 09.02.2006)
- D.M. 05/12/2006 –Modifica del D.M. 03.03.05 recante “Protocolli per l’accertamento della idoneità del donatore di sangue ed emocomponenti”.





**A.S.L. VCO.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbanio 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:

**SOSD SIMT VCO - Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)**

Sede Operativa Domodossola Tel 0324 491272 Fax 0324 491369 - Sede Operativa Verbania Tel 0323 541305 - Fax 0323 508580  
e-mail :leonardo.ruscitto@aslvco.it

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 ASL-VCO Omegna - Piemonte

Il Responsabile del trattamento è Direttore SOS SIMT-VCO.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_, recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO DONATORI (DM 02.11.15 GU del 28/12/15)**

**Stato di salute attuale**

2. E' attualmente in buona salute ? SI NO

Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? SI NO

Se no, quali malattie ha avuto e quando? .....

Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva  
(diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)? SI NO

Ha attualmente manifestazioni allergiche ? SI NO

Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo ? SI NO

Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi ? SI NO

Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola  
chirurgia ambulatoriale? ..... SI NO

Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie  
contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre) ? SI NO

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**

E' attualmente in gravidanza? SI NO

Ha partorito negli ultimi 6 mesi? SI NO

Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? SI NO

**4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso**

Ha assunto o sta assumendo:  
farmaci per prescrizione medica ..... SI NO

farmaci per propria decisione ..... SI NO

sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti  
acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata SI NO

Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari ? SI NO

E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni ? ..... SI NO

Ha abusato o abusa di bevande alcoliche ? SI NO

Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti ? SI NO

**5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione**

Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie  
trasmissibili. SI NO

Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? ..... SI NO

Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo ? SI NO

Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo ? SI NO

Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo ? SI NO

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

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner ? SI NO

Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti  
eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):

con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS SI NO





con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali SI NO  
 con un partner occasionale SI NO  
 con più partner sessuali SI NO  
 con soggetti tossicodipendenti SI NO  
 con scambio di denaro o droga SI NO  
 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  
 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:  
 ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C? SI NO  
 E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc) ? SI NO  
 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 plasma derivati SI NO
- Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue ? SI NO  
 E' 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.**

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

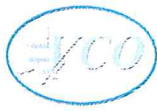
E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero ? Se sì, in quale/i Paese/i..... SI NO  
 I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico ? SI NO  
 Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996 ? SI NO  
 E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980 ? SI NO  
 Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro ? SI NO  
 Negli ultimi 28gg ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane a rischio di malattia da West Nile Virus? Se sì, dove..... SI NO

**7. Dichiarazione**

Il sottoscritto 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 e timbro del medico .....

**GIUDIZIO DI IDONEITA'**

Il donatore risulta:

- Idoneo donare il seguente emocomponente:

Tipo:  **Sangue intero**  **Multicomponent GR+plasma**  **Plasmaferesi**  **PLTaferesi**

Volume.....

- Escluso temporaneamente: Motivo:

- Escluso Permanentemente: Motivo:

Data.....Firma del Medico della selezione.....

**CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE**

Il/La sottoscritto/a.....nato a.....il.....

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 RICEVERA' 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 previsto per la procedura di donazione proposta sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.





**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:

Data..... Firma del donatore/donatrice.....

Firma del Medico della selezione.....





**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:

**SOSD SIMT-VCO**

Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)  
e-mail :leonardo.ruscitto@aslvco.it

**MOD 03 PO 01-CT 24**

**CERTIFICATO**

**Si certifica che in data odierna presso il nostro SIMT-VCO si è presentato il sig.**

.....

**nato a .....** **il.....**

**alle ore ..... per :**

- Analisi di laboratorio**
- Visita medica .**
- Colloquio col medico .**
- .....**

**Si certifica inoltre che ha lasciato il Centro alle ore .....**

**Data .....**

**IL DIRIGENTE MEDICO DEL SIMT**

.....





**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:

### **SOSD SIMT VCO**

Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Domodossola Tel 0324 491272 Fax 0324 491369  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541305 Fax 0323 508580  
e-mail :leonardo.ruscitto@aslvco.it

## **ALLEGATO 01 PO 01-CT 24**

### **ATTIVITA' E HOBBIES RISCHIOSI**

(DA NON ESEGUIRE NELLE 24 ORE SUCCESSIVE ALLA DONAZIONE)

**1) CONDURRE MEZZI PUBBLICI (AUTOBUS-AEREI-TRENI ecc.)**

**2) GUIDARE VELIVOLI A MOTORE**

**3) PARAPENDIO**

**4) DELTAPLANO**

**5) PARACADUTISMO**

**6) IMMERSIONI SUBACQUEE**

**7) ESCURSIONI ALPINISTICHE IN ALTA MONTAGNA**

**8) METTERSI IN CONDIZIONI DI EQUILIBRIO INSTABILE (su impalcature, tetti, precipizi ecc.)**

### **DONATORE SOTTOPOSTO AD INTERVENTI CHIRURGICI**

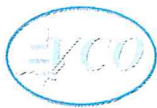
1) **estrazioni dentarie:** sospensione di 1 settimana.

2) **interventi minori** e quindi che danno luogo ad una sospensione temporanea di solo **1 mese**, in linea generale interventi che hanno dato luogo ad una perdita di sangue contenuta o addirittura impercettibile di norma eseguiti ambulatorialmente:

- adenoidectomia
- tonsillectomia
- interventi di litotripsia
- fimosi
- safenectomia.







3) **donazione di midollo osseo**, sospensione per **6 mesi** e riammissione previa visita di controllo.

4) **interventi maggiori**, indicativamente tutti quelli non compresi nell'elenco precedente, eseguiti su cavità toracica e/o addominale e apparato muscolo scheletrico e diagnostica endoscopica. Nella verifica dei donatori sospesi per interventi chirurgici il donatore viene: riammesso direttamente a donazione (idoneo) danno luogo ad una sospensione temporanea di **4 mesi**, dopo la quale il donatore potrà essere riammesso previa presentazione di documentazione clinica ed eventuale referto istologico.

5) **interventi per via endoscopica** quali artroscopia, colon e gastroscopia, laparoscopia esplorativa ecc. sospensione temporanea di **4 mesi** dopo la quale il donatore potrà essere riammesso.

Il caso di interventi chirurgici il donatore viene sospeso solo temporaneamente segnalando la sospensione all'Associazione di riferimento perché non lo richiami per la donazione prima del tempo stabilito.

### **DONATORI RECENTEMENTE VACCINATI O SOTTOPOSTI AD IMMUNOPROFILASSI**

1) Vaccini con **virus o batteri attenuati**:

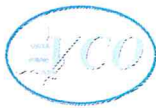
<u>VACCINO</u>	<u>SOSPENSIONE</u>
FEBBRE GIALLA	4 SETTIMANE
ROSOLIA	4 SETTIMANE
PAROTITE	4 SETTIMANE
POLIOMIELITE	4 SETTIMANE
MORBILLO	4 SETTIMANE

2) Vaccini con **batteri uccisi e virus inattivati e tossoidi**:

<u>VACCINO</u>	<u>SOSPENSIONE</u>
ANTITIFICA & PARATIFICA	48 ORE
ANTICOLERICA	48 ORE
ANTIINFLUENZALE	48 ORE
ANTIPERTOSSE	48 ORE
ANTITETANICA	48 ORE
ANTIDIFTERICA	48 ORE

3) Altri vaccini anti-infettivi:

<u>VACCINO</u>	<u>SOSPENSIONE</u>
ANTI-EPATITE A	48 ORE
ANTI-EPATITE B	48 ORE
ANTI-RABBIA (senza morsicatura)	48 ORE
ANTI-RABBIA (con morsicatura)	1 ANNO



## 4) Vaccini anti-allergici:

**VACCINO**  
VACCINI DESENSIBILIZZANTI**SOSPENSIONE**  
72 ORE

## 5) Immunoprofilassi:

IMMUNOGLOBULINE ANTITETANICHE	1 ANNO
IMMUNOGLOBULINE ANTI-EPATITE "B"	1 ANNO
ALTRE IMMUNOGLOBULINE	1 ANNO

**SOSPENSIONE****CRITERI DI ESCLUSIONE PER TERAPIA FARMACOLOGICA**

Preferibilmente escludere dalla donazione il donatore che ha assunto farmaci nelle 72 ore precedenti la donazione ma in particolar modo valutare la sospensione in base alla tabella sottostante.

<b>CATEGORIA</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>SOSPENSIONE</b>
<b>MULTI-TERAPIA</b>	Valutare la patologia di base per la sospensione	temporanea o permanente
<b>AC.ACETILSALICILICO (ASPIRINA)</b>	Assunto permanentemente a scopo curativo Assunto occasionalmente Assunto occasionalmente negli ultimi 10 giorni	permanente 7 giorni non inviare produzione PLT
<b>ANTI-INFIAMMATORI</b>	Steroidi Non steroidi Non steroidi assunti negli ultimi 10 giorni	14 giorni 7 giorni non inviare produzione PLT
<b>ANTI-ISTAMINICI</b>	Polaramin, Teldane, Hismanal, Clarityn, Tinset, Zirtec ecc.	7 giorni
<b>ANORESSIZZANTI</b>	Tenuate - Ponderal - Isomeride - Plegine ecc.	15 giorni
<b>ANTIBIOTICI</b>	Per infezione Ciclo anti-ulcera (helicobacter positivo) Per terapia anti-Acne	14 giorni 14 giorni nessuna
<b>ANTINEOPLASTICI</b>		definitiva
<b>ANTIMICOTICI</b>	Per via generale Per uso topico	14 giorni nessuna
<b>BETA-BLOCCANTI o associazioni</b>	Abetol, Amipress, Atenol, Betagon, Betapressin, Blocadren Carmian, Cartrol, Corgard, Diube, Eupres, Igrosoles, Igroton-Lopresor, Inderal, Lopresor, Prent, Pressalolo, Sactal, Seles Beta, Seloken, Selozide, Sotalex, Target, Tenolone, Tenoretic Tensilene, Tenormin, Trandate, Trandiur, Trasitensin, Visken	15 giorni suggerire il cambio di terapia consegnando l'elenco dei farmaci controindicati
<b>FINASTERIDE (prostata)</b>	Proscar, Prostide	2 mesi
<b>ISOTRETINOINA (acne)</b>	Roaccutan	2 mesi
<b>ACITRETINA (psoriasi)</b>	Neo-Tigason	1 anno
<b>ORMONI</b>	Terapia ormonale sostitutiva Anti-concezionali Terapia con GH non ottenuto da DNA ricombinante	nessuna nessuna definitiva
<b>PSICOFARMACI</b>	Associazione di più farmaci Terapia continuativa Terapia occasionale	permanente permanente nessuna



Il caso di terapia farmacologica che non permette la donazione, il donatore viene sospeso solo temporaneamente segnalando la sospensione all'Associazione di riferimento perché non lo richiami per la donazione prima del tempo stabilito.

**CRITERI DI ESCLUSIONE PER CALI PONDERALI**

TIPO DI CALO	SOSPENSIONE
<b>PESO &lt; 50 Kg o peso (Kg) + altezza (cm) &lt; 210</b>	temporanea in attesa di recupero ponderale
<b>CALO PONDERALE &lt;10%</b>	nessuna
<b>CALO PONDERALE &gt; 10% in 3 mesi</b>	

**IN BRACHITIPO**

- per dieta, attività sportiva e/o stress	nessuna
- con manifestazioni gastrointestinali	temporanea
- per motivi imprecisati	temporanea

**IN NORMOTIPO O LONGITIPO**

- per dieta, attività sportiva e/o stress	temporanea
- con manifestazioni gastrointestinali	temporanea
- per motivi imprecisati	temporanea

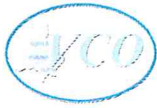
In caso di **sospensione temporanea** eseguire controllo dei seguenti esami: emocromo, ferritina, VES, elettroliti, FT3, FT4, TSH, azotemia, glicemia ed eventuali altri esami a discrezione del medico (es. markers infettivi, Rx, sangue occulto, ecografia ecc.).

Il caso di calo ponderale che non permette la donazione, il donatore viene sospeso solo temporaneamente segnalando la sospensione all'Associazione di riferimento perché non lo richiami per la donazione prima del tempo stabilito.

**CRITERI DI ESCLUSIONE PER DONAZIONI FUORI SEDE**

Se il donatore riferisce di aver donato sangue intero negli ultimi tre mesi o plasma/piastrine nell'ultimo mese c/o altro Servizio Trasfusionale valutare che sia trascorso l'intervallo di tempo previsto per legge (3 (maschi) o 6 (femmine) mesi dalla donazione di sangue intero e 1 mese dalla donazione in aferesi) e in base alle disposizioni interne del Servizio Trasfusionale (frequenza riportata sull'indice di donazione). Nel caso in cui i tempi tra le donazioni non rispettino quanto sopra riportato avvisare il donatore della necessità di attendere fino alla data ricalcolata. Segnalare inoltre al responsabile della computerizzazione la data, tipo e luogo della donazione fuori sede al fine di aggiornare la scheda donazioni su Eliot.

Considerare il donatore sospeso solo temporaneamente segnalando la sospensione all'Associazione di riferimento perché non lo richiami per la donazione prima del tempo stabilito.



### CRITERI DI ESCLUSIONE PER RISCHI INFETTIVI

- a) Per donatori sottoposti a **tatuaggi** non considerare idoneo il donatore per la donazione odierna e sospenderlo in modo da far trascorrere **4 mesi**;
- b) Per donatori sottoposti a **foratura delle orecchie o piercing** accettare comunque il donatore che ha subito l'inserimento automatico in sede dell'orecchino sterile presso un orefice. Per gli altri donatori riferirsi a quanto precisato nel punto a.
- c) Per donatori sottoposti ad **agopuntura** verificare che il trattamento sia avvenuto presso ambulatori medici qualificati e richiedere autocertificazione di utilizzo di aghi monouso.  
Per gli altri donatori non in grado di certificare che l'agopuntura sia stata effettuata da medico qualificato con utilizzo di aghi monouso, riferirsi a quanto precisato nel punto a.
- d) La **terapia trasfusionale** indipendentemente dalla patologia di base comporta una sospensione dalle donazioni per **4 mesi**. Per la sospensione e l'eventuale ripresa delle donazioni riferirsi a quanto precisato nel punto a.

Considerare il donatore sospeso solo temporaneamente segnalando la sospensione all'Associazione di riferimento perché non lo richiami per la donazione prima del tempo stabilito.

### CRITERI DI ESCLUSIONE PER CONTATTI A RISCHIO

- 1) **Prenotare** il donatore per i **controlli bimestrali** da eseguirsi mediante prenotazione Controllo n° tessera aggiungendo i dati del medico che ha parlato col donatore.
- 2) non considerare idoneo il donatore per la donazione odierna e sospenderlo in modo da far trascorrere **4 mesi**. Cambiare la disponibilità rimandata di 4 mesi nel caso si verificasse la positività di test infettivi (HBsAg Anti-HCV anti-HIV) e richiamare il donatore per eseguire test di approfondimento quali la ricerca del DNA-RNA virale.
- 3) Se il **partner sessuale** abituale risulta un donatore diventa ovviamente a rischio indiretto anche se involontario. Sospenderlo in modo da far trascorrere **4 mesi**.

Considerare il donatore sospeso solo temporaneamente segnalando la sospensione all'Associazione di riferimento perché non lo richiami per la donazione prima del tempo stabilito.

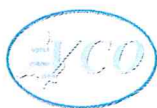
### CRITERI DI ESCLUSIONE PER GRAVIDANZA/PUERPERIO

In caso di sospetta gravidanza non accettare la donatrice e proporre l'esecuzione del test di gravidanza rimandando la donazione di qualche giorno.

In caso di gravidanza accertata non accettare la donatrice; avvisarla della sospensione fino al compimento del primo anno di età del nascituro.

In caso di puerperio non accettare la donatrice; avvisarla della sospensione fino al compimento del primo anno di età del nascituro; segnalare nel giudizio di idoneità la sospensione temporanea per "Gravidanza-puerperio" fino ad un anno dopo la data del parto.

Avvisare la donatrice che la riammissione alle donazioni avverrà solo previa visita medica e controllo laboratoristico accurato.



**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:

Considerare il donatore sospeso solo temporaneamente segnalando la sospensione all'Associazione di riferimento perché non lo richiami per la donazione prima del tempo stabilito.

### **CRITERI DI ESCLUSIONE IN CASO DI ABORTO O I.V.G.**

Riportare nel giudizio di idoneità la sospensione temporanea per "Aborto". Avvisare la donatrice che la riammissione alle donazioni avverrà solo previa visita medica e controllo laboratoristico accurato dopo **6 mesi**.

Considerare il donatore sospeso solo temporaneamente segnalando la sospensione all'Associazione di riferimento perché non lo richiami per la donazione prima del tempo stabilito.



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Allo2 8001 CT-24

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:

## **SOC SIMT-VCO**

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Domodossola Tel 0324 491272 Fax 0324 491369  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541305 - Fax 0323 508580  
e-mail : paolo.cerutti@aslvco.it

# **Consigli ai donatori dopo la donazione**

1. **NON ALZARSI FRETTolosAMENTE DALLA POLTRONA**, MA ATTENDERE DI ESSERE MEDICATI
2. **TRATTENERSI NELLA SALA RISTORO DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE** PER ALCUNI MINUTI DOPO ESSERE USCITI DALLA SALA PRELIEVI.
3. **FARE COLAZIONE SENZA FRETTA** EVITANDO BEVANDE TROPPO CALDE O TROPPO FREDE E NON BERE ALCOOLICI.
4. **NON FUMARE** PER ALMENO UN'ORA.
5. **IN CASO DI MALESSERE:**
  - **IN SALA RISTORO** avvisare il personale di supporto, volontari o personale ASL che provvederà ad avvisare un medico o un'infermiera.
  - **DOPO ESSERE USCITI DAL SERVIZIO** sedersi o, meglio, sdraiarsi tenendo le gambe sollevate sotto un cuscino, borsa o altro.
  - **IN CASO DI PERSISTENTE MALESSERE** chiedere di contattare un medico o un'infermiera.
6. **INGERIRE LIQUIDI NELLA GIORNATA:** Se avete sete non abbiate paura, può essere normale, basta bere in modo adeguato. CON UNA ADEGUATA INGESTIONE DI LIQUIDI IL COMPLETO REINTEGRO DEL NORMALE VOLUME DI SANGUE SI REALIZZA RAPIDAMENTE.
7. **ASTENERSI PER 24 ORE DAL COMPIERE LAVORI PESANTI E/O ATTIVITA' SPORTIVA FATICOSA E PERICOLOSA:** su impalcature, tetti, scale ecc.

## **AUTOESCLUSIONE**

SE DOPO AVER DONATO IL SANGUE VI VIENE IN MENTE DI AVER OMESSO DI SEGNALARE AL MEDICO CHE HA FATTO L'ACCETTAZIONE UN ELEMENTO CHE POTREBBE RENDERE **RISCHIOSO PER IL PAZIENTE RICEVERE UNA TRASFUSIONE DEL VOSTRO SANGUE** oppure SE NEL MESE SUCCESSIVO ALLA DONAZIONE VI AMMALATE DI QUALCHE MALATTIA CONTAGIOSA CHE POTEVA ESSERE IN INCUBAZIONE QUANDO AVETE FATTO LA DONAZIONE

**TELEFONATE TEMPESTIVAMENTE** PER AVVISARE IL MEDICO:

0323/541305 per Omegna Stresa e Verbania

0324/491272 per Domodossola

**GRAZIE PER IL VOSTRO DONO E PER LA COLLABORAZIONE**



**Materiale informativo-educativo relativo al rischio di infezione da HIV con indicazioni sulla disponibilità del test HIV presso strutture sanitarie diverse dai servizi trasfusionali**

**LA INVITIAMO A LEGGERE PRIMA DI DONARE!**

La lettura attenta del presente materiale informativo, nel suo interesse e nell'interesse dei pazienti, le permetterà di rispondere in modo CONSAPEVOLE E RESPONSABILE alle domande del QUESTIONARIO che le verrà somministrato prima della sua donazione di sangue. In tal modo la sua donazione risulterà sicura per le persone alle quali essa sarà destinata.

I più aggiornati dati epidemiologici ci informano che in Europa stanno riemergendo alcune infezioni sessualmente trasmesse; tra queste, particolare rilevanza assume l'HIV (virus responsabile dell'AIDS).

Sebbene in Italia l'incidenza dell'infezione da HIV sia in lenta ma costante diminuzione, ogni anno nuove diagnosi vengono ancora registrate con maggiore incidenza nelle popolazioni a rischio, cioè le persone che si espongono a comportamenti a rischio, ~~soprattutto nella fascia d'età compresa tra 25 e 50 anni~~ (fonte Centro operativo AIDS, CoA-ISS).

La trasmissione sessuale rappresenta la modalità principale di diffusione dell'HIV in Italia. Inoltre, una parte significativa di persone scopre tardivamente di essere HIV positiva, quando è già in fase avanzata di malattia; questo può accadere perché le persone non ritengono di essersi esposte ad un contatto a rischio di trasmissione dell'HIV.

**Le Modalità di trasmissione del virus HIV sono:**

- i rapporti sessuali non protetti da preservativo;
- il passaggio del virus da madre HIV positiva a feto/neonato (durante la gravidanza, il parto, l'allattamento);
- l'utilizzo di materiale per iniezione non monouso contaminato da sangue infetto.

Analoghe modalità di trasmissione sono responsabili della trasmissione della sifilide, di epatite B ed epatite C.

**COMPORAMENTI SESSUALI A RISCHIO**

La trasmissione del virus avviene attraverso il contatto tra liquidi biologici infetti (secrezioni vaginali, liquido pre-coitale, sperma, sangue) e mucose orali, vaginali ed anali, anche integre, durante i rapporti sessuali. Ulcerazioni e lesioni dei genitali causate da altre malattie possono far aumentare il rischio di contagio. Sono quindi a rischio di trasmissione HIV e di altre infezioni sessualmente trasmesse i rapporti sessuali (vaginali, anali, oro-genitali) non protetti dal preservativo, nonché il contatto diretto tra genitali in presenza di secrezioni. L'uso corretto del preservativo protegge dalla trasmissione dell'HIV e di altre infezioni sessualmente trasmesse. L'uso improprio o la rottura accidentale del preservativo riduce l'efficacia della protezione.

**COSA SUCCEDDE DOPO LA SUA DONAZIONE**

**I TEST PER LA SICUREZZA DEL SANGUE**

Per la sicurezza del paziente a cui è destinato, dopo ogni donazione, sul sangue donato vengono eseguiti i test per l'HIV, l'epatite B, l'epatite C e la sifilide. Questi test sono assolutamente sicuri ed accurati, purché il donatore non si trovi nel "periodo finestra" (cioè quel lasso di tempo che

intercorre dal momento dell'infezione alla positivizzazione dei test di laboratorio).

Durante questo periodo il test può essere negativo pur essendo la persona infetta e quindi già in grado di trasmettere l'infezione.

Le chiediamo, pertanto di rispondere in modo **consapevole, e responsabile** al questionario pre-donazione e qualora si **riconescesse** in uno dei comportamenti a rischio precedentemente illustrati, **le raccomandiamo di sottoporsi al test per l'HIV** in una delle strutture sanitarie accreditate dedicate.

Per saperne di più sull'infezione da HIV, sulle altre infezioni sessualmente trasmesse e sulle strutture dove effettuare i test la invitiamo a consultare il sito web del Ministero della Salute <http://www.salute.gov> seguendo il percorso:

HOME → LA NOSTRA SALUTE →  
ENCICLOPEDIA SALUTE → INFEZIONI  
SESSUALMENTE TRASMESSE → HIV E AIDS

Vi troverà informazioni dettagliate e potrà usufruire di ulteriori strumenti informativi come il Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse



che offre un servizio di *counseling* telefonico, **anonimo e gratuito**, attivo dal lunedì al venerdì, dalle 13.00 alle 18.00

Le ricordiamo che tutte le informazioni che fornirà sono riservate e la stessa riservatezza è garantita in ogni momento del percorso della donazione. Ulteriori chiarimenti potranno essere richiesti al personale sanitario del Servizio Trasfusionale e delle Unità di Raccolta dove effettuerà la donazione.

**SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO  
TRASFUSIONALE/ASSOCIAZIONE**

