



Registrazione come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue

Numero del prelievo:

--

FOR_267_donor_questionnaire_1 / Version 15 / 1. April 2020

Sig.ra.*	Sig.*	Data di nascita (GG MM AAAA)*	Lingua (T/F/I)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Cognome*		Nome*	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Via*			Numero*
<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>
NPA*	Località*		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Telefono privato*	Telefono professionale (*)	Cellulare (*)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefono persona di contatto (*)	Tipo di relazione (ad es. partner, genitore, amico/a, ecc.)		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
E-Mail (importante per poterla contattare)*			
<input style="width: 100%;" type="text"/>			

* Campo obbligatorio

(*) per favore indicare almeno un altro numero di telefono (importante per poterla contattare)

Donazione volontaria

Una nuova registrazione costa circa 140 franchi. Contribuisco volentieri a coprire questi costi con una donazione di:

- CHF 140.-
 CHF 100.-
 CHF 60.-
 Importo libero CHF _____

Compilare il questionario medico sul retro della pagina.





Registrazione come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue

Domanda	Sì	No	*
1. Pesa almeno 50 kg e ha un BMI inferiore a 40?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ha già donato midollo osseo o cellule staminali del sangue periferico? Se sì, quando? _____ <input type="checkbox"/> Midollo osseo <input type="checkbox"/> Cellule staminali del sangue periferico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. a) Ha o ha mai avuto una delle seguenti malattie o sintomi della malattia? - grave malattia cardiocircolatoria - grave broncopneumopatia - malattia ematica, disturbo della coagulazione - malattia tumorale - malattia autoimmune/malattia infiammatoria cronica - grave malattia renale - grave malattia neurologica o psichica - grave allergia - diabete, insulino-dipendente - malattia tiroidea, autoimmune b) Un'altra malattia Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Prende regolarmente dei medicinali? Se sì, quali? _____ Descriverne il motivo nel campo per le domande. b) Negli ultimi 2 anni ha preso Erivedge (Vismodegib)? Fino a quando _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Ha mai seguito un'immunoterapia (cellule o siero di origine umana o animale)? Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Le è mai stato trapiantato un tessuto umano? Specificare: _____ b) Le è mai stato trapiantato un tessuto di origine animale? Specificare: _____ c) Ha mai avuto un intervento al cervello o al midollo spinale? Specificare: _____ d) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del 01.01.1986? e) A lei o un parente di primo grado è stata evidenziata la malattia di Creutzfeldt-Jakob o vi è un sospetto di questa malattia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto una trasfusione di sangue (eritrociti, trombociti, plasma)? Se sì, quando? _____ In quale paese? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Ha mai contratto una di queste malattie a) Brucellosi, babesiosi, leishmaniosi, febbre emorragica virale, febbre Q, malattia di Chagas? b) Tubercolosi? Trattamento terminato da: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Domanda	Sì	No	*
9. Ha mai avuto un ittero o un test positivo all'epatite? Quale? Epatite <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Quando? _____ <input type="checkbox"/> alla nascita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Una o più delle seguenti situazioni a rischio la riguardano? - Rapporti sessuali con più di 3 partner diversi negli ultimi 4 mesi - Rapporti sessuali a scopo di lucro (donatore paga o è pagato) più di una volta negli ultimi 12 mesi - Iniezione di droghe negli ultimi 10 anni - Test positivo al virus dell'HIV (AIDS), alla sifilide o all'epatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Attualmente ha rapporti sessuali con partner che negli ultimi 12 mesi si sono esposti o esposte a una delle situazioni a rischio menzionate nella domanda 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Domande solo per le donne			*
12. a) È attualmente incinta? Se sì, data prevista del parto? _____ b) Ha partorito negli ultimi 12 mesi? Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* non compilare la colonna

Qui ha la possibilità di porre eventuali domande o comunicare informazioni:

Compilare da parte del Donor Center SBSC/SRTS:

Idoneo/a alla registrazione: Sì No

Osservazioni:

Bloccato/a fino al:

Data: _____ Visto: _____



Registrazione come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue

Consenso informato

- Ho letto e capito le informazioni contenute nell'opuscolo «Donazione di cellule staminali del sangue – cosa dovrete sapere» (versione attualmente valida). Le domande che ho posto hanno ricevuto una risposta soddisfacente
- Confermo di aver risposto al questionario secondo scienza e coscienza
- Do il mio consenso a Trasfusione CRS Svizzera SA affinché
 - mi venga prelevato un campione di mucosa orale, saliva o sangue per la tipizzazione HLA e altre analisi (gruppo sanguigno, CMV) e questo campione venga inviato al laboratorio competente in Svizzera o all'estero
 - i miei dati personali e i risultati del test vengano registrati nella banca dati di Trasfusione CRS Svizzera SA
 - i miei dati vengano trasmessi in forma pseudonimizzata ai registri internazionali dei donatori di cellule staminali del sangue e vengano impiegati per la ricerca di una donatrice o un donatore (accertamento della compatibilità) per pazienti in tutto il mondo
 - Trasfusione CRS Svizzera SA e i laboratori delegati possano utilizzare il campione che mi è stato prelevato e i dati HLA per analizzare la variabilità HLA della popolazione e la ripartizione delle diverse combinazioni di HLA. I miei dati vengono impiegati sotto forma anonimizzata. Queste analisi non comportano rischi per me
- Ho letto le «Disposizioni sulla protezione dei dati» e accetto che i miei dati possano essere impiegati conformemente a dette disposizioni
- Perché la banca dati sia sempre aggiornata, comunicherò immediatamente o su richiesta i cambiamenti riguardanti i miei dati personali, in particolare i dati di contatto e le informazioni sulla mia idoneità alla donazione

Mi registro come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue

Data: _____ Firma: _____

Cognome, nome: _____

Alcune/i pazienti che hanno già ricevuto molte trasfusioni di piastrine formano anticorpi contro singoli gruppi tissutali. Per la maggior parte si tratta di pazienti oncologici, spesso di pazienti affette/i da leucemia. Per evitare pericolose emorragie, questi pazienti necessitano pertanto delle piastrine di una donatrice o un donatore con caratteristiche tissutali compatibili. In base alla sua tipizzazione HLA può quindi essere considerata/o in via eccezionale anche come donatrice o donatore di piastrine.

Accetto che la mia tipizzazione HLA e i miei dati di contatto vengano inoltrati al Servizio trasfusionale regionale ai fini della ricerca per una donazione di piastrine.

Sì No

Disposizioni sulla protezione dei dati

Trasfusione CRS Svizzera SA conferisce la massima importanza alla sua sfera privata. Nelle presenti disposizioni trova tutte le informazioni che accetta quando si registra come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue. Tutti i dati rilevati vengono raccolti, salvati e trattati conformemente alla legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e al regolamento europeo generale sulla protezione dei dati (RGPD).

Come raccogliamo i dati: Registrandosi come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue, accetta che Trasfusione CRS Svizzera SA raccolga il suo nome, la data di nascita, i dati di contatto e le informazioni sul suo stato di salute. Il campione prelevato per la tipizzazione HLA e per altre analisi (gruppo sanguigno, CMV) può essere conservato e utilizzato per ulteriori test allo scopo di accertare la compatibilità con una/un determinata/o paziente. Se Trasfusione CRS Svizzera SA ha bisogno di contattarla ma non riesce a raggiungerla, eccezionalmente verrà presentata una richiesta all'Ufficio controllo degli abitanti che viene così esonerato dall'obbligo di proteggere i dati e può comunicare il suo nuovo domicilio a Trasfusione CRS Svizzera SA.

Come proteggiamo e utilizziamo i dati: Trasfusione CRS Svizzera SA è tenuta nei confronti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) a investire costantemente nella sicurezza e nella protezione dei dati affinché i suoi dati siano protetti da perdita, abuso o modifiche non autorizzate conformemente alla LPD e al regolamento europeo sulla protezione dei dati. I suoi dati personali e la tipizzazione HLA vengono registrati nella banca dati dei donatori di cellule staminali del sangue tenuta da Trasfusione CRS Svizzera SA.

Come trasmettiamo i dati: La trasmissione a terzi avviene esclusivamente nell'ambito del mandato conferito dalla Confederazione per la tenuta del registro dei donatori di cellule staminali del sangue e la mediazione di donatori per pazienti. Trasfusione CRS Svizzera SA si assicura che con questi terzi la trasmissione legale dei dati conformemente alla LPD e al regolamento europeo sulla protezione dei dati rimanga garantita. Trasfusione CRS Svizzera SA non venderà o trasmetterà mai i suoi dati personali a terzi a scopi di marketing.

Come archiviamo i dati: Trasfusione CRS Svizzera SA archivia i dati conformemente alle direttive giuridiche. Rimarrà iscritta/o nel registro fino al compimento dei 60 anni. Può tuttavia ritirare in qualsiasi momento e senza conseguenze la sua registrazione come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue. Se per motivi personali o medici non può sottoporsi alla donazione di midollo osseo o a una donazione di cellule staminali del sangue periferico, lo comunichi il più presto possibile a Trasfusione CRS Svizzera SA.

Per domande sulle nostre disposizioni sulla protezione dei dati può rivolgersi a datenschutz@blutspende.ch.

Numero del prelievo: