





**Questionario: registrazione come donatore di cellule staminali del sangue**

Domanda	Si	No	*
1. Il suo peso è almeno 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ha o ha avuto una delle seguenti malattie o disturbi? <input type="checkbox"/> Pressione sanguigna: <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> Malattia della tiroide: quale? _____ <input type="checkbox"/> Infarto cardiaco e/o angina pectoris <input type="checkbox"/> Ictus/colpo apoplettico <input type="checkbox"/> Asma, fattore scatenante? _____ <input type="checkbox"/> Allergie: quali? _____ <input type="checkbox"/> Diabete (mellito) <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> gestazionale Con insulina <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Embolia polmonare <input type="checkbox"/> Epilessia: senza terapia e esente da crisi da: _____ <input type="checkbox"/> Cancro: specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Prende regolarmente medicinali? Se sì, quali? _____ Descriverne il motivo nel campo per le osservazioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Prende attualmente: medicinali contro l'alopecia o l'ipertrofia prostatica (ad es. Alopecia, Finacapil, Propecia o Proscar) oppure contro l'acne (ad es. Roaccutan, Curakne, Isotretinoin, Tretinac o Toctino)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Negli ultimi 6 mesi ha preso Avodart o Duodart contro l'ipertrofia prostatica? Da quando _____ a quando _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Negli ultimi 12 mesi ha preso Neotigason o Acicutan (psoriasi)? Da quando _____ a quando _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Negli ultimi 2 anni ha preso Erivedge (Vismodegib)? Da quando _____ 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 o animale? Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha mai avuto un intervento al cervello o al midollo spinale? Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ha ricevuto un trattamento con ormoni della crescita prima del <b>01.01.1986</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Domanda	Si	No	*
d) A lei o a un suo parente di primo grado è mai stata diagnosticata la malattia di Creutzfeldt-Jakob o ne esiste il sospetto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) 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"/>	
7. Si è mai ammalato/a di: <input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Febbre Q <input type="checkbox"/> Leishmaniosi <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Tifo Quando? _____ Trattamento terminato da _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Ha mai avuto l'ittero (epatite) 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"/>	
9. Negli ultimi 12 mesi ha soggiornato almeno 6 mesi in un paese con un elevato tasso di AIDS? Rientro il: _____	<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/e 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'AIDS (HIV), alla sifilide o all'epatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Attualmente ha rapporti sessuali con partner che - si sono esposti negli ultimi 12 mesi a una situazione di rischio (vedi domanda 10) - hanno ricevuto negli ultimi 12 mesi trasfusioni di sangue in paesi con un elevato tasso di AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Domande solo per le donne</b>			
12. a) È attualmente incinta? Se sì, data prevista del parto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ha partorito negli ultimi 12 mesi? Quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Ha ricevuto iniezioni di ormoni come trattamento per l'infertilità prima del <b>01.01.1986</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*non compilare la colonna grigia

**Domande e osservazioni:**

---



---

<b>Compilare da parte del Donor Center SBSC / STRS:</b>	
Idoneo/a alla tipizzazione: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Osservazioni:	_____
Bloccato/a fino al:	_____
Data: _____	Visto: _____



## CONSENSO INFORMATO

- Ho letto e capito le informazioni contenute nell'opuscolo «Donazione di cellule staminali del sangue: cosa devi 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 dei 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 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
- Per contribuire all'aggiornamento costante della banca dati, comunicherò qualsiasi modifica riguardanti i miei dati personali

### Mi registro come donatore di cellule staminali del sangue

Data: .....

Firma: .....

Cognome, nome: .....

Alcuni 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 affetti da leucemia. Per evitare pericolose emorragie, questi pazienti necessitano pertanto delle piastrine di un donatore con caratteristiche tissutali compatibili. In base alla sua tipizzazione HLA può quindi essere considerato in via eccezionale anche come 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 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 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 un determinato 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 tenuto 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, 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 iscritto nel registro fino al compimento dei 60 anni. Può tuttavia ritirare in qualsiasi momento e senza conseguenze la sua registrazione come 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](mailto:datenschutz@blutspende.ch).

Numero prelievo: