



Registrazione come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue

Genere:

Lingua:

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Via / Numero:

NPA / Località:

Telefono privato:

Telefono professionale:

Cellulare:

E-Mail:

Motivazione:

Modello

Donazione volontaria

Una nuova registrazione costa circa 140 franchi. Partecipo volentieri a 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			Sì
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"/>	<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 e protezione dei dati

- 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 per donatrici e donatori 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, CCR5) e questo campione venga inviato al laboratorio competente in Svizzera o all'estero;
Per ulteriori informazioni: donazione-cellule-staminali-sangue.ch/analisi
 - i miei dati in forma pseudonimizzata vengano trasmessi 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;
 - il campione prelevato per la tipizzazione HLA e per le altre analisi possa essere conservato e impiegato per ulteriori test al fine di accertare la compatibilità con un determinato paziente.
- Senza comunicazione contraria rimango nel registro come donatrice o donatore fino al mio 60° compleanno. Posso tuttavia revocare la mia registrazione in qualsiasi momento e senza conseguenze. Comunicherò il più presto possibile a Trasfusione CRS Svizzera SA se per motivi personali o medici non posso più donare il midollo osseo o le cellule staminali del sangue periferico.
- Perché possa essere rapidamente contattata o contattato per una donazione, comunicherò ogni variazione dei miei dati di contatto immediatamente o su richiesta. Lo stesso vale anche per i dati sull'idoneità alla donazione.
- Ho letto e capito le Disposizioni sulla protezione dei dati e accetto che i miei dati possano essere impiegati conformemente a dette disposizioni (vedi codice QR sotto).

Se avesse domande sulle nostre disposizioni sulla protezione dei dati, si rivolga a datenschutz@blutspende.ch

Mi registro come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue

Data: _____ Firma: _____

Cognome, nome: _____

Consenso per la donazione di piastrine

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

Marketing Permission

Sono d'accordo che Trasfusione CRS Svizzera SA mi contatti per scopi di marketing in relazione con la donazione di cellule staminali del sangue, vale a dire che può mandarmi informazioni sulla donazione di cellule staminali del sangue. Sono consapevole che i miei dati particolarmente degni di protezione (ad es. dati sulla salute) non vengono usati a tal scopo. Posso revocare il consenso informato in qualsiasi momento.

Sì No

Disposizioni sulla protezione dei dati



Per ulteriori informazioni:
www.donazione-cellule-staminali-sangue.ch/protezione-dei-dati