


Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Valle Olona</b>	<b>MODULO</b> <b>Prevenzione Trasfusionale COVID-19_Donatori</b>  <b>DMTE della MACROAREA VARESE</b> <b>SIMT ASST VALLE OLONA</b>	Cod.: Appendice 2 MOD01PrS01SIMT  Data: 03/03/2021 Rev. 08 Pagina 1 di 1
--	---	---

**Misure di prevenzione per la trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2 o COVID-19) mediante la trasfusione di emocomponenti labili.**

*(Revisione aggiornata alla Circolare Prot. n. 797 CNS 2020 del 26/03/2020 e successive integrazione e modifiche Prot. n. 1447, 1656, 2103 CNS 2020 e 94 CNS 2021 e 130 CNS 2021)*

Gentile Donatrice/Donatore, allo scopo di dare applicazione alle indicazioni vigenti in materia di prevenzione trasfusionale e per rendere più uniforme, efficace ed efficiente il percorso di selezione e accesso alla donazione, la preghiamo di rispondere preliminarmente alle seguenti domande aggiuntive all'abituale questionario, avendo letto e compreso i criteri esposti nell'**INFORMATIVA PER I DONATORI**.

**1. NEGLI ULTIMI 14 GIORNI**

A. ha effettuato viaggi o soggiornato all'estero o in aree del territorio nazionale per le quali sia prevista l'applicazione del provvedimento di isolamento fiduciario domiciliare o quarantena? [ ]

**NO** [ SI ]

Se **SI** precisare: **Periodo** \_\_\_\_\_ **Luogo** \_\_\_\_\_

**Se SI: valutare idoneità alla donazione alla luce delle disposizioni vigenti**

B. ha avuto contatti con soggetti con infezione documentata da SARS-CoV-2? [ NO ] [ SI ]

Se **SI** precisare: **Periodo** \_\_\_\_\_ **Luogo** \_\_\_\_\_

**Se SI: non può donare**

C. è stato sottoposto ad eventuale obbligo della misura di isolamento fiduciario domiciliare o *quarantena* [ NO ] [ SI ]

Se **SI** precisare: **Motivo** \_\_\_\_\_ **Periodo** \_\_\_\_\_

**Se SI: non può donare**

2. Ha avuto infezione **documentata** (tampone rinofaringeo)? [ NO ] [ SI ]\*

Se **SI** precisare: **Periodo** \_\_\_\_\_ **Sintomi** \_\_\_\_\_

3. Ha avuto comparsa di sintomatologia compatibile con infezione da SARS-CoV-2 (simil-influenzale) [ NO ] [ SI ]\*

Se **SI** precisare: **Periodo** \_\_\_\_\_ **Sintomi** \_\_\_\_\_

4. In caso di infezione **documentata** o comparsa di sintomatologia compatibile con infezione da SARS-CoV-2

• ha avuto risoluzione dei sintomi? [ NO ] [ SI ]\*

• ha **interrotto** l'eventuale terapia prescritta? [ NO ] [ SI ]\*

**Precisare: Sintomi** \_\_\_\_\_

**Data comparsa sintomi** \_\_\_\_\_ **Data risoluzione sintomi** \_\_\_\_\_

5. Dopo tampone con esito positivo, ha effettuato un tampone molecolare che ha dato esito negativo? [ NO ] [ SI ]\*

**Precisare: data** \_\_\_\_\_ **esito ultimo tampone** \_\_\_\_\_

\* Nota Bene: Se **SI**: si valuterà l'idoneità alla donazione alla luce delle disposizioni vigenti

**NEI CASI SOPRA RIPORTATI IL MEDICO VALUTARÀ L'IDONEITÀ ALLA DONAZIONE ALLA LUCE DELLE DISPOSIZIONI VIGENTI E SUCCESSIVE MODIFICHE E ULTERIORI INDICAZIONI ALL'INTERNO DELLA MACROAREA**

**6. TEMPERATURA CORPOREA O ALTRI SINTOMI**

A. nei 14 giorni precedenti la donazione (incluso oggi) ha avuto febbre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) tosse o difficoltà a respirare? [ NO ] [ SI ]

Se **SI** precisare: **Sintomi** \_\_\_\_\_ **quando** \_\_\_\_\_

**Se SI: non può donare**

B. Oggi, prima di venire per la donazione, ha controllato la temperatura corporea a domicilio? [ NO ] [ SI ]

Se **SI** precisare: a che ora \_\_\_\_\_ e la temperatura rilevata \_\_\_\_\_

**Se la temperatura corporea odierna è  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  non può donare**

7. Ho letto e compreso l'**INFORMATIVA PER I DONATORI** che mi è stata consegnata [ NO ] [ SI ]

Spazio per etichetta **Data:** **Firma del Donatore** **Firma del Medico**  
 Donatore o Donazione \_\_\_\_\_