



**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 60136 Ministero della salute del 30/12/2021 e Circolare 9498 Ministero della salute del 04/02/2022 e ai siti: <https://www.centronazionale sangue.it/covid-19/> e <https://www.salute.gov.it> )**

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

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

**Precisare per l'ultimo tampone: tipo di tampone** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_ **esito** \_\_\_\_\_

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

**5. NEGLI ULTIMI 14 GIORNI**

- A. ha effettuato viaggi o soggiorni in aree per le quali sia prevista l'applicazione del provvedimento di isolamento fiduciario domiciliare o quarantena? [ NO ][ SI ]

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

**Se SI: verrà valutata l'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: verrà valutata l'idoneità alla donazione alla luce delle disposizioni vigenti**

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

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

**Se SI: verrà valutata l'idoneità alla donazione alla luce delle disposizioni vigenti**

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

**6. TEMPERATURA CORPOREA O ALTRI SINTOMI**

- A. Nei 14 giorni precedenti la donazione (incluso oggi) ha avuto febbre (> 37,5°C) tosse o difficoltà a respirare o altra sintomatologia? [ 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**

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