

**QUESTIONARIO POST-DONAZIONE PER I DONATORI RISULTATI POSITIVI AI MARCATORI INFETTIVI PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA TRASFUSIONALE.**

Da compilare a cura del medico responsabile della raccolta delle informazioni.

§ Nota bene: In caso di donatore periodico, le domande devono riferirsi al periodo che intercorre tra l'ultimo test infettivologico con esito negativo e la data di rilevazione della positività.

In caso di donatore al primo accesso presso il Servizio Trasfusionale/Unità di Raccolta, le domande si riferiscono all'arco temporale dell'intera vita.

**CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO DONATORE :** \_\_\_\_\_;

**CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO DONAZIONE:** \_\_\_\_\_;

**POSITIVITÀ PER**       **HIV**                       **HBV**                       **HCV**                       **TP**

1) Ritieni che il materiale informativo fornito prima della donazione fosse ben visibile, disponibile e chiaro?

NO     SI, POCO     SI, ABBASTANZA     SI, BENE

Se no, motivare:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Le sono rimasti dubbi riguardanti l'infezione da HIV, le epatiti virali e la sifilide che non ha espresso al personale medico durante la selezione?     SI                       NO

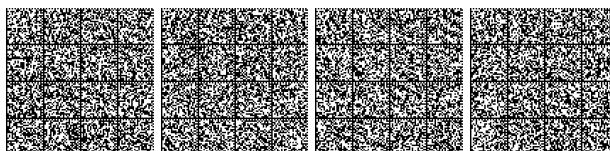
3) Sapeva di essere positivo per HIV, HCV, HBV o sifilide?     SI                       NO  
**Se SI**, specificare a quale infezione: \_\_\_\_\_;

4) Sospettava di poter essere positivo per HIV, HCV, HBV o sifilide?     SI                       NO  
**Se SI**, specificare a quale infezione: \_\_\_\_\_;

5) § Ha avuto una delle seguenti infezioni genitali?     herpes genitale  
(In caso di risposta affermativa, specificare)                       clamidia  
    sifilide  
    gonorrea  
    condilomi (creste di gallo)  
    altre

6) § Ha fatto uso di sostanze per via iniettiva?     SI                       NO

7) Ha un partner abituale (cioè da più di 4 mesi)?     SI                       NO  
**(Se SI, rispondere alla domanda 8)**



**8) Il partner abituale:**

- a) è di sesso opposto  SI  NO
- b) è italiano  SI  NO  
- specificare il Paese di nascita: \_\_\_\_\_;
- c) ha mai vissuto/soggiornato in un Paese diverso dall'Italia?  SI  NO
- Se SI:*  
- specificare il Paese in cui ha vissuto/soggiornato: \_\_\_\_\_;  
- specificare quando: \_\_\_\_\_;
- Se SI**, ha avuto rapporti sessuali con uno o più partner durante il soggiorno?  SI  NO  NON SO
- d) è HIV positivo  SI  NO  NON SO
- e) ha mai avuto l'epatite B  SI  NO  NON SO
- f) ha mai avuto l'epatite C  SI  NO  NON SO
- g) ha mai avuto la sifilide  SI  NO  NON SO
- h) ha mai fatto uso di sostanze per via iniettiva  SI  NO  NON SO
- i) ha mai avuto rapporti sessuali non protetti con altri partner  SI  NO  NON SO

- 9) Ha avuto rapporti sessuali con uno o più partner occasionali?  SI  NO

*Se SI*, specificare il numero di partner : \_\_\_\_\_;

**(Se SI, rispondere alla domanda 10)**

- 10) § Ha avuto rapporti sessuali occasionali con persone dello stesso sesso?  SI  NO

- 11) § Ha avuto rapporti vaginali non protetti?  SI  NO  
*Se SI*, con partner occasionale/i?  SI  NO

- 12) § Ha avuto rapporti orali non protetti?  SI  NO  
*Se SI*, con partner occasionale/i?  SI  NO

- 13) § Ha avuto rapporti anali non protetti?  SI  NO  
*Se SI*, con partner occasionale/i?  SI  NO

- 14) § Ha avuto rapporti vaginali non protetti durante le mestruazioni?  SI  NO  
*Se SI*, con partner occasionale/i?  SI  NO

- 15) § Ha soggiornato all'estero?  SI  NO  
*Se SI*, specificare il Paese: \_\_\_\_\_;  
*Se SI*, ha avuto rapporti sessuali con uno o più partner durante il soggiorno?  SI  NO



- 16) § Ha ricevuto trasfusioni o somministrazioni di emoderivati?  SI  NO  
Se SI, quale emocomponente \_\_\_\_\_;  
Se SI, specificare dove (Paese): \_\_\_\_\_;
- 17) § E' stato sottoposto ad accertamenti endoscopici?  SI  NO  
Se SI, specificare quale accertamento \_\_\_\_\_;
- 18) § Ha effettuato agopuntura, body piercing, tatuaggi, foratura delle orecchie?  SI  NO  
Se SI, specificare \_\_\_\_\_;
- 19) § È stato sottoposto ad interventi chirurgici?  SI  NO  
Se SI, specificare tipologia di intervento: \_\_\_\_\_;
- 20) § È stato sottoposto a cure odontoiatriche?  SI  NO
- 21) § Dichiara una convivenza abituale con persona, non partner sessuale, positiva per HBV, HCV, HIV o sifilide?  SI  NO  
Se SI, specificare positività: \_\_\_\_\_;
- 22) § Dichiara una convivenza occasionale con persona, non partner sessuale, positiva per HBV, HCV, HIV o sifilide?  SI  NO  
Se SI, specificare positività: \_\_\_\_\_;

