



**OLGIATE COMASCO** Via G. Tarchini, 19  
Tel./Fax 031.945.133 - avisolgiate@libero.it

## DOMANDA DI ISCRIZIONE (allegare due foto tessera)

IL / LA SOTTOSCRITTO / A \_\_\_\_\_

 M  F

Nato/a a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

CAP

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Provincia \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Posta Elettronica \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria (=codice assistito) \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale \_\_\_\_\_

Luogo di lavoro \_\_\_\_\_

Telefono centralino \_\_\_\_\_

Telefono diretto \_\_\_\_\_

### Titolo di studio

- Nessuno
- Licenza Elementare
- Licenza Media Inferiore
- Diploma
- Laurea

### Stato Civile

- Celibe / Nubile
- Coniugato / a
- Separato / a
- Divorziato / a
- Vedovo / a

### Preferenze per la donazione

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì
- Sabato

### Professione

- Agricoltore
- Artigiano
- Commerciante
- Impiegato
- Insegnante
- Operaio
- Professionista
- Militare
- Religioso

### Ramo di attività

- Agric., Foreste, Caccia, Pesca
- Industria costruzioni
- Industria manifatturiera
- Energia, Acqua, Gas
- Commercio
- Pubblica Amministrazione
- Trasporti e Comunicazione
- Credito e Assicurazioni
- Altri Servizi

### Condizione non professionale

- Disoccupato
- Studente
- Casalinga
- Pensionato
- Benestante
- Invalido
- Inabile
- Altra

Iscrizione ad altre Associazioni di Volontariato

 SI NO

Se SI, quale \_\_\_\_\_

*CHIEDE di essere iscritto come SOCIO DONATORE EFFETTIVO all'Avis Comunale di Olgiate Comasco e di aderire all'Avis Provinciale di Como, all'Avis Regionale Lombardia e all'AVIS Nazionale ai sensi e per gli effetti di cui Art.4 comma 4 dello statuto in vigore ("L'adesione del socio all'AVIS Comunale comporta l'automatica adesione del medesimo all'AVIS Nazionale, nonché all'AVIS Regionale e Provinciale o equiparate") e di accettarne le sue norme.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il richiedente deve leggere l'informativa riportata nel retro e firmare il consenso al trattamento dei dati personali**

## **Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003**

Ai sensi dell'art. 13, del D. Lgs. n° 196 del 30 giugno e con riferimento al trattamento dei Suoi dati personali richiesti dalla nostra Associazione precisiamo che ai sensi dello Statuto Nazionale ciascun associato ad un Avis Locale diviene automaticamente socio anche della sovra-ordinata Associazione Provinciale, Regionale e Nazionale e quindi i suoi dati saranno utilizzati per la gestione del rapporto associativo in tutti i livelli indicati, a tal fine la informiamo quanto segue:

1. Il trattamento delle informazioni che la riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti.
2. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali di cui sopra, ha la finalità di provvedere alla gestione della donazione di sangue e plasma con riferimento al controllo dell'idoneità e alla Vostra reperibilità, alla conservazione dei dati clinici ai sensi di legge e per l'invio di materiale dell'Associazione.
3. Il trattamento di dati avverrà sia con mezzi informatici che con supporti cartacei e verrà gestito direttamente dalla scrivente Associazione con l'ausilio di collaboratori a ciò specificatamente incaricati ai sensi di legge. Potranno inoltre venire a conoscenza dei suoi dati il consiglio direttivo delle associazioni, il collegio dei probiviri, ed i componenti degli organi associativi dell'associazione provinciale, regionale e nazionale per l'adempimento di obblighi statuari.
4. Per le predette finalità e nell'ambito delle stesse, i dati potranno essere comunicati alle Aziende Ospedaliere e alle strutture AVIS che per particolari esigenze ne facciano richiesta. Inoltre i dati, raccolti in sede locale, potranno essere comunicati alle Associazioni AVIS provinciali, regionali o nazionali in base agli obblighi statuari.
5. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientrati nel novero dei c.d. "dati sensibili", cioè dati idonei a rilevare, a mero titolo di esempio, il suo stato di salute ed il trattamento comprenderà – nel rispetto dei limiti e delle condizioni posti dal D. Lgs. 196/2003– tutte le operazioni o complesso di operazioni previste all'art 4 lett. a ), D Lgs. 196/2003 necessarie al trattamento in questione. Per il trattamento di tali dati è necessario il consenso dell'interessato e l'autorizzazione, anche in forma generale, del Garante per la protezione dei dati personali.
6. Il conferimento dei suoi dati personali è facoltativo, tuttavia la mancanza o l'incompletezza dei dati richiesti, o del consenso al trattamento, non consentirebbe il corretto svolgimento del rapporto associativo in quanto la legge, anche ai fini della tutela della salute collettiva, impone di raccogliere e conservare i dati anagrafici e sanitari dei donatori.
7. Titolare del trattamento è l'**AVIS COMUNALE OLGiate COMASCO** con sede legale in **OLGIATE COMASCO, VIA TARCHINI, 19** nella persona del Presidente pro-tempore, ora il Sig. **MATTEO LIVIO**.
8. Responsabile del Trattamento, in qualità di Direttore Sanitario, è stato nominato il Dr. **SALVATORE ESPOSITO**.
9. Il Responsabile della privacy dei livelli Provinciale, Regionale e Nazionale è reperibile nel sito web di ciascuna associazione o presso l'ufficio segreteria delle rispettive sedi.
10. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art 7 del Lgs. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente di seguito al presente documento.  
Cordiali saluti.

AVIS \_\_\_\_\_

*Il Presidente*

### **Decreto Legislativo n. 196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha il diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

### **CONSENSO RISERVATO AL DESTINATARIO**

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa di cui sopra, nonché copia dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 e, in relazione alla richiesta formulataci, acconsentiamo alla raccolta, al trattamento, all'aggiornamento e alla comunicazione dei nostri dati personali e sensibili così come indicato nell'informativa oggetto della presente comunicazione.



COMUNALE DI OLGiate COMASCO  
Via G. Tarchini, 19  
22077 Olgiate Comasco (Co) Tel. 031-945133

## INFORMATIVA CARO DONATORE

**Ti preghiamo di leggere attentamente e di valutare quanto scritto**

Una persona ha un " comportamento a rischio " quando si trova più esposto a situazioni in cui si verifica un'elevata probabilità di contrarre delle malattie. Queste condizioni, più correttamente definibili quindi come " situazioni a rischio", si verificano essenzialmente con i rapporti sessuali e le malattie che si possono trasmettere; vengono per questo definite come malattie a trasmissione sessuale.

Le stesse malattie possono essere trasmesse anche mediante tossicodipendenza ma già la legge trasfusionale considera non idoneo chiunque faccia o abbia fatto uso di droghe.

Rientrano in queste malattie due gruppi di patologie estremamente importanti :

l' INFEZIONE da HIV e quelle da VIRUS EPATICI ,

in quanto queste infezioni hanno la caratteristica di essere trasmesse anche con le trasfusioni di sangue e con gravissime conseguenze per il ricevente.

La loro prevenzione è inoltre fondamentale non essendo ancora disponibile un test di laboratorio che permetta di escludere la malattia fin dalle prime fasi.

Infatti i test diagnostici oggi comunemente disponibili mettono in evidenza gli anticorpi prodotti dall'organismo in seguito al contatto con l'agente infettivo, ma ciò purtroppo non avviene subito ( gli anticorpi possono impiegare anche diversi mesi prima che si evidenzino nel sangue).

In questi casi ci si può trovare quindi nella cosiddetta " fase finestra " nella quale anche con i test di laboratorio negativi , un virus può essere trasmesso per mezzo della donazione di sangue.

Le malattie a trasmissione sessuale appaiono in continuo e rapido aumento nella popolazione. Gli studi sulle abitudini sessuali dei giovani indicano come in tutti i paesi occidentali si vada affermando la tendenza ad un più precoce inizio dell'attività sessuale con conseguente aumento del numero di partner, aumentando la possibilità di entrare in contatto con persone apparentemente sane e pur tuttavia contagiose.

La trasmissione di malattie infettive è quindi legata strettamente a fattori comportamentali, il che fa sì che possa essere controllata solo attraverso l'assunzione di pratiche sessuali sicure.

Affinchè ciò avvenga è necessario che a seguito di una corretta informazione il donatore, specialmente se giovane, abbia la percezione del rischio e della propria vulnerabilità. Il fatto di non considerare se stessi come soggetti potenzialmente a rischio è uno degli aspetti più frequenti alla base della sottovalutazione del pericolo e del mantenimento di pratiche sessuali non sicure.

Anche il partner viene difficilmente percepito come soggetto potenzialmente a rischio, specie quando è reperito all'interno del gruppo di amici, oppure se presenta aspetti esteriori difficilmente compatibili con la potenziale infettività (aspetto sano, intelligenza, dolcezza, pulizia, etc.) L'uso di alcool e di stupefacenti inoltre, anche qualora non comporti l'eventualità di un contagio diretto attraverso l'uso di siringhe, è da considerarsi favorente le pratiche sessuali non protette riducendo la capacità critica e di giudizio.

Il contagio può avvenire durante rapporti intimi con soggetti sieropositivi, soprattutto nel caso di rapporti sessuali non protetti, come avviene nei seguenti casi :

- ° Rapporti sessuali senza l'uso di preservativo.
- ° Utilizzo del preservativo solo nelle fasi finali del rapporto e non nei preliminari.
- ° Rottura del preservativo.
- ° Altri tipi di rapporti sessuali.

Il contagio può avvenire anche per situazioni a rischio non legate all'attività sessuale come ad esempio le seguenti :

- ° Scambio di aghi o siringhe infette. E' questo il caso non solo della tossicodipendenza ma anche, ad esempio, dei tatuaggi fatti con aghi sterili o monouso che vengono caricati con lo stesso boccettino di inchiostro utilizzato per altre persone. Un'altra condizione si potrebbe verificare nelle palestre in cui i praticanti si iniettano degli steroidi anabolizzanti non cambiando la siringa da un persona all'altra.
- ° Tagli e punture accidentali con materiale infetto (operatori sanitari, conviventi con persone sieropositive che usano gli stessi materiali ( come ad esempio lamette da barba etc...)

Quanto ha letto ha lo scopo di permetterLe di affrontare l'allegato questionario essendo informato e possibilmente in grado di assumersi una responsabilità personale nel dichiarare con un certo margine di certezza di non avere avuto comportamenti a rischio per la Sua salute e per quella degli Altri.

La cultura della donazione deve essere improntata all'auto - consapevolezza e all'auto - esclusione delle persone con comportamenti a rischio per le malattie trasmissibili con le trasfusioni di sangue.

Il questionario verrà poi discusso in un colloquio confidenziale, svolto in condizioni di assoluta riservatezza, con un medico esperto di problemi trasfusionali.

### **Responsabilità del Donatore nella compilazione del questionario**

Si sottolinea l'importanza di una completa risposta alle domande poste nel questionario consegnato. Esso infatti non vuole essere una semplice indagine statistica o soddisfare curiosità di tipo sanitario ma vi sono implicazioni (oltre che di carattere morale e medico) che investono la sfera della responsabilità civile e penale del donatore, con conseguenti responsabilità nel caso venisse riscontrata a causa dell'inesatta menzione dei dati riportati nel questionario una lesione personale (malattia, menomazione fisica etc.) a danno del ricevente.

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

### Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)

- E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? \_\_\_\_\_ [NO] [SI]
- E' stato mai affetto da:
- 1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari [NO] [SI]
- 1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi [NO] [SI]
- 1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari [NO] [SI]
- 1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici [NO] [SI]
- 1.2.5. malattie respiratorie [NO] [SI]
- 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero [NO] [SI]
- 1.2.7. malattie renali [NO] [SI]
- 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione [NO] [SI]
- 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori) [NO] [SI]
- 1.2.10. diabete [NO] [SI]
- 1.2.11. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza? [NO] [SI]
- Ha mai avuto shock allergico? [NO] [SI]
- Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando? \_\_\_\_\_ [NO] [SI]
- E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule? [NO] [SI]
- In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")? [NO] [SI]
- Le è mai stato indicato di non poter donare sangue? [NO] [SI]
- E' vaccinato per l'epatite B? [NO] [SI]

### tato di salute attuale

- E' attualmente in buona salute? [NO] [SI]
- Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? [NO] [SI]
- Se no, quali malattie ha avuto e quando? \_\_\_\_\_
- Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)? [NO] [SI]
- Ha attualmente manifestazioni allergiche? [NO] [SI]
- Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo? [NO] [SI]
- Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? [NO] [SI]
- Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? [NO] [SI]
- Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)? [NO] [SI]
- Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi? [NO] [SI]

**3. Solo per le donatrici**

- 3.1. E' attualmente in gravidanza? [NO] [SI]  
 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi? [NO] [SI]  
 3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? [NO] [SI]

**4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso**

- 4.1. Ha assunto o sta assumendo:  
 4.1.1. farmaci per prescrizione medica [NO] [SI]  
 4.1.2. farmaci per propria decisione [NO] [SI]  
 4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata [NO] [SI]  
 4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? [NO] [SI]  
 4.3. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? [NO] [SI]  
 4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche? [NO] [SI]  
 4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti? [NO] [SI]

**5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione**

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili. [NO] [SI]  
 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? [NO] [SI]  
 5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo? [NO] [SI]  
 5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo? [NO] [SI]  
 5.5. Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? [NO] [SI]  
 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? [NO] [SI]  
 5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner? [NO] [SI]  
 5.8. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):  
 5.8.1. con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS [NO] [SI]  
 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali [NO] [SI]  
 5.8.3. con un partner occasionale [NO] [SI]  
 5.8.4. con più partner sessuali [NO] [SI]  
 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti [NO] [SI]  
 5.8.6. con scambio di denaro o droga [NO] [SI]  
 5.8.7. con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo? [NO] [SI]

- 5.9. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:
- 5.9.1. ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C? [NO] [SI]
- 5.9.2. E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc)? [NO] [SI]
- 5.9.3. Si è sottoposto a :
- a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili [NO] [SI]
- b) agopuntura con dispositivi non monouso [NO] [SI]
- c) tatuaggi [NO] [SI]
- d) piercing o foratura delle orecchie [NO] [SI]
- e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati [NO] [SI]
- 5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? [NO] [SI]
- 5.9.5. E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue? [NO] [SI]

Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.

#### 5. Soggiorni all'estero/province italiane

- 5.1. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero?  
Se sì, in quale/i Paese/i \_\_\_\_\_ [NO] [SI]
- 5.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico? [NO] [SI]
- 5.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? [NO] [SI]
- 5.4. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? [NO] [SI]
- 5.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro? [NO] [SI]
- 5.6. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane dove è segnalata la circolazione del WNV (malattia da West Nile Virus)? [NO] [SI]  
Se sì, dove \_\_\_\_\_

#### 7. Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del donatore \_\_\_\_\_

Firma del sanitario \_\_\_\_\_