



## COSA STAI PER FARE ORA....

..stai per effettuare la "tipizzazione", ovvero un piccolo prelievo di sangue per il quale non serve esser digiuni o avere un'impegnativa del medico di base. Dovrai solo presentarti all'appuntamento col medico del Centro Trasfusionale da te scelto con le modalità inviate e portare con te sia il modulo Admo Lombardia che gli altri allegati che hai ricevuto via mail.

Con questo gesto dai la Tua disponibilità ad essere iscritto nel Registro Nazionale Donatori di Midollo Osseo ( IBMDR ). il Tuo campione di sangue verrà tipizzato (cioè individuato e catalogato e inserito nel suddetto registro ).

Al momento, il tutto si ferma qui.

## IN FUTURO...

e fino al compimento del Tuo 55esimo anno di età, Tu potresti venir chiamato per donare il Tuo midollo osseo **ma solo se verrà riscontrata una compatibilità molto alta** tra te e la persona malata in quel momento.

A quel punto verranno fatti ulteriori esami e Ti verrà richiesta la conferma della Tua volontà di procedere alla donazione.

## ...DONIAMO?

La donazione di midollo osseo può avvenire in due modi: con un prelievo di cellule staminali da sangue periferico (una sorta di plasmaferesi ... un pò più lunga ) oppure un intervento in cui lo si preleva dalle creste iliache. Ad oggi circa l'80% delle donazioni avviene da sangue periferico, sarai comunque tu a scegliere in tutta libertà la modalità che preferirai.

**Quello che stai per compiere è un "piccolo" passo, che però per qualcuno potrebbe fare una enorme differenza!**

Nel ringraziarti per il tuo gesto, ti ricordiamo che potrai trovare maggiori informazioni al link <https://www.admolombardia.org/faq/> dove troverai anche un breve video esplicativo

Per ogni ulteriore necessità siamo sempre a tua disposizione alla mail [info@admolombardia.org](mailto:info@admolombardia.org)

Un caro saluto e a presto!



## A TUTTI I POTENZIALI DONATORI DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE

Caro lettore,

Ti ringraziamo per il tempo che dedichi a queste poche righe, scritte per fornire chiarimenti sulla donazione di cellule staminali emopoietiche (CSE) e sui rischi ad essa correlati che sono prevalentemente a carico del ricevente.

Ti invitiamo quindi a leggere con attenzione, ma senza spaventarti, quanto segue.

La donazione, anonima, volontaria e non retribuita, rappresenta un atto generoso di profondo significato umano; pertanto, **se hai solo il dubbio** di poter creare danno al ricevente, devi asteneri dall'iscrizione come potenziale donatore di CSE. Il colloquio con il medico, **vincolato dal più rigoroso segreto professionale e d'ufficio**, potrà aiutarti a chiarire ed a valutare insieme possibili esposizioni a rischi.

Ti ringraziamo anticipatamente anche a nome di chi riceverà il tuo dono.

Per aiutarti nella riflessione ti ricordiamo, a norma di legge, che con il tuo atto disinteressato esiste il rischio di trasmettere alcune patologie infettive di origine virale, in particolare l'epatite e l'AIDS.

Vi sono abitudini di vita, alcune delle quali collegate con l'attività sessuale, che espongono maggiormente al rischio di contrarre queste infezioni e quindi di trasmetterle: poiché i test di laboratorio non sono sempre in grado di identificare i soggetti infettatisi di recente, si rende necessario escludere dalla donazione le persone che possono essersi esposte a questa eventualità. Gli esempi che sotto elenchiamo sono uno spunto per farti riflettere su quei comportamenti che usualmente non sono ritenuti anomali, ma che, in un potenziale donatore, possono diventare criteri di esclusione per un certo periodo.

- Rapporti con persone sconosciute o in condizioni di promiscuità:
  - con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS,
  - con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali,
  - con partner occasionale,
  - con più partner sessuali,
  - con soggetti tossicodipendenti,
  - con scambio di denaro o droga
  - 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.

I rapporti occasionali o con persone sconosciute, di cui puoi non conoscere le abitudini di vita, che potrebbero a loro volta avere comportamenti a rischio e che tu puoi non conoscere, possono mettere non solo a repentaglio la tua salute ma anche quella del ricevente.

- Indagini o trattamenti sanitari invasivi spesso considerati di routine e non legati a sicure patologie infettive, come per esempio accertamenti endoscopici (gastrosopia, retto-colonscopia, artroscopia, cistoscopia) oppure indagini con uso di cateteri arteriosi o venosi quali coronarografie, angiografie.
- Tatuaggi, piercing, agopuntura.
- Viaggi ove siano endemiche alcune malattie, tra cui la malaria.

A queste si aggiungono situazioni ad elevatissimo rischio, che escludono definitivamente la donazione:

- assunzione di droghe per via venosa;
- positività per epatite B, epatite C, HIV.

Ti ricordiamo comunque che la donazione non comporta, per il donatore, alcun rischio di contrarre queste infezioni, dato che ad ogni prelievo viene utilizzato materiale sterile.

**A nome dei pazienti in attesa di trapianto Ti ringraziamo per la sensibilità dimostrata e per l'aver compreso la grande importanza che hanno le raccomandazioni qui contenute.**

*La donazione è anonima, volontaria e non retribuita*

## MODULO DI ISCRIZIONE

Chiedo l'iscrizione gratuita all'Associazione in qualità di SOCIO.  
Autorizzo a contattarmi per espletare le finalità associative, e più precisamente per:

- inviare le comunicazioni istituzionali;
- comunicare notizie e informazioni relative all'attività dell'associazione e alle modalità per sostenere economicamente le medesime attività;
- conservare i dati aggiornati al fine di supportare l'organizzazione medica preposta al funzionamento del Registro Regionale e del Registro Nazionale dei donatori di midollo osseo.

Riservato **ADMO**  
Numero .....  
Data .....

Riservato **IBMDR**  
CD .....  
PR/evento .....

Note  
.....

### COMPILARE IN STAMPATELLO IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE (\* campi obbligatori)

Cognome\*

Nome\*

Nato/a il\*  /  /  Luogo di nascita\*

Codice fiscale\*  Sesso\*  MASCHIO  FEMMINA

residenza\*  
via/piazza\*  N°   
comune\*  (prov. ) CAP\*

*domicilio se diverso dalla residenza*  
via/piazza  N°   
comune  (prov. ) CAP

contatti telefonici\* mobile personale\*  /  Peso

Indicare di seguito un contatto telefonico alternativo da poter utilizzare in caso di necessità\*

LAVORO •  FAMIGLIA •  ALTRO PERSONALE  
  LAVORO •  FAMIGLIA •  ALTRO PERSONALE

contatti mail\*

*Indicare di seguito caselle di posta elettronica alternative da poter utilizzare in caso di necessità*

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE - Utili per conoscerti meglio e migliorare il nostro lavoro

*Come hai conosciuto ADMO?*  1. sensibilizzato dai volontari  4. associazione  7. nella mia scuola  
 2. manifestazioni/eventi  5. tramite amici e conoscenti  8. nell'università  
 3. pubblicità internet - radio - stampa  6. altro

Specifica (indica un riferimento più preciso): .....

*Titolo di studio* Indicare solo il più alto  Licenza media •  Diploma Sec. Sup. •  Laurea primo livello •  Laurea specialistica •  Master

*Professione e/o studio in corso?* .....

Vuoi diventare **volontario ADMO** e attivarti sul tuo territorio? **SI**  **NO**

Se darai la tua disponibilità verrai contattato dal coordinatore di zona e darai una mano a diffondere il messaggio di ADMO

Sul retro è riportata l'informativa sul trattamento dei dati, la stessa è pubblicata sul sito <https://www.admolombardia.org/informativatreatmentodati/>

Data ..... Firma leggibile .....

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

per gli associati e gli aspiranti associati

Art. 13-14 REGOLAMENTO UE n. 2016/679 (GDPR)

### Titolare del Trattamento

ADMO REGIONE LOMBARDIA ONLUS con sede in Via Aldini 72, 20157 Milano (MI) Tel. 0239005367 Cod. Fisc. 97089490151.

### 1. Natura dei Dati oggetto del Trattamento

Il Titolare tratterà le seguenti tipologie di dati che riguardano l'interessato:

Nome, Cognome, Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale quali numero di telefono, se donatore di sangue e/o organi, indirizzo di residenza, indirizzo e-mail, livello istruzione e cultura, lavoro, professione, estremi documento d'identità

### 2. Finalità del Trattamento

I dati personali saranno trattati per le seguenti finalità:

- gestire la richiesta di adesione all'associazione nonché lo svolgimento di tutta l'attività amministrativa, economica e organizzativa in ambito associativo
- inviare le comunicazioni istituzionali e quelle relative agli eventi, manifestazioni, progetti, campagne di sensibilizzazione o qualsiasi altra attività associativa nonché le modalità per sostenere economicamente tali iniziative;
- supportare l'organizzazione medica dedita al funzionamento del Registro Nazionale dei Donatori di Midollo Osseo (IBMDR) e le sue strutture operative territoriali
- elaborare statistiche in modo anonimo
- compiere ogni altra attività prevista dallo statuto

### 3. Base giuridica

Il trattamento è lecito perché effettuato in esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali (art. 6.1 b GDPR) nonché in quanto trattasi di trattamento svolto, nell'ambito delle sue legittime attività e con adeguate garanzie, da una associazione senza scopo di lucro (art. 9.2 d GDPR, Provvedimento Garante n. 146 del 5 giugno 2019)

### 4. Modalità del Trattamento. Durata.

Il trattamento dei dati consiste nella: registrazione, elaborazione, organizzazione, conservazione, consultazione, modificazione, utilizzo, interconnessione, comunicazione e cancellazione dei dati raccolti. I dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che informatico. Gli archivi cartacei e i data base si trovano presso la sede sociale e le sedi operative dell'associazione, comunque ubicate in Italia. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario ad adempiere alle finalità sopra indicate e comunque per l'intera durata delle attività connesse al conseguimento delle finalità indicate e comunque fino a 10 anni dall'avvenuta conclusione del rapporto associativo.

### 5. Comunicazione.

Il Titolare potrà comunicare i dati dell'interessato per le finalità sopra specificate a:

- ✓ Contitolari del Trattamento
- ✓ Registro IBMDR (Ospedale Galliera) e sue strutture regionali
- ✓ Società di manutenzione di hardware e software ovvero per la gestione delle infrastrutture e dei dispositivi informatici associativi
- ✓ Professionisti, consulenti o società di servizi in relazione a specifiche esigenze associative
- ✓ Dipendenti, collaboratori o incaricati del Titolare
- ✓ Organismi di controllo e di vigilanza

I dati personali dell'interessato non sono soggetti a un processo decisionale automatizzato che produca effetti giuridici o incida in modo significativo sulla persona.

### 6. Trasferimento dei dati

I dati personali sono conservati in un archivio cartaceo e su server ubicati all'interno dei locali associativi. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i server o l'archivio altrove. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili. I dati potranno essere trasferiti all'estero qualora per questioni di natura tecnica e/o operativa si renda necessario avvalersi di soggetti ubicati in un paese terzo oppure si renda necessario trasferire alcuni dei dati raccolti verso sistemi tecnici e servizi gestiti *in cloud* e localizzati all'estero. In tal caso il Titolare assicura che il trattamento sarà regolato in conformità a quanto previsto dalla normativa e autorizzato in base a specifiche decisioni di adeguatezza dei paesi terzi espresse dalla Commissione Europea, ovvero in quanto espressamente autorizzato. L'interessato può rivolgersi al Titolare per avere maggiori informazioni al riguardo.

### 7. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati per le finalità di cui all'art. 2 è obbligatorio. In mancanza il Titolare non potrà eseguire le attività correlate o conseguenti alla predette finalità.

### 8. Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto di:

- ✓ richiedere l'accesso, la rettifica e la cancellazione dei dati personali (art.15 GDPR)
- ✓ richiedere l'aggiornamento ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati (art.16 GDPR)
- ✓ richiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano od opporsi al loro trattamento (art.18 GDPR);
- ✓ esercitare il proprio diritto alla portabilità dei dati (art.20 GDPR);
- ✓ opporsi al trattamento dinanzi all'Autorità Garante (art.21 GDPR)
- ✓ revocare il consenso (tuttavia la revoca non avrà effetto sul trattamento qualora la base giuridica sia fondata su una condizione diversa)

### 9. Presa visione dell'informativa

La presente informativa è a disposizione dell'interessato presso la sede e pubblicata sul sito internet dell'associazione: <https://www.admolombardia.org/faq/informativa-dati-admo/>

### 10. Dati di Contatto per esercizio dei diritti. DPO.

Per l'esercizio dei diritti l'interessato può rivolgersi al Titolare contattandolo all'indirizzo della sede o via email: [privacy@admolombardia.org](mailto:privacy@admolombardia.org)

Il Titolare ha designato quale proprio Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) l'Avv. Enrico Ghirelli. Il DPO è contattabile all'indirizzo email: [dpo@admolombardia.org](mailto:dpo@admolombardia.org)



Da compilarsi a cura del donatore

Io sottoscritto Cognome: ..... Nome:.....

Sesso: M F nato a:..... Provincia: .....

il: ..... codice fiscale: .....  
(o libretto sanitario n°)

residente in:

Via:.....N° Civ.....Comune:.....Prov:.....

CAP:.....Tel, abitazione:.....Tel. ufficio:.....

Tel. Cellulare:.....

E-mail\*:.....

\*Se fornito, al completamento delle procedure di iscrizione, IBMDR invierà una conferma via e-mail.

Preso visione del materiale illustrativo (sui presupposti scientifici e sulle finalità del trapianto di cellule staminali emopoietiche – CSE-, sulla loro modalità di raccolta dal sangue midollare o periferico e sui principali criteri di esclusione dall'iscrizione – Allegato A, C e H - così come sui diritti e doveri del donatore enunciati dalla Legge 52/2001) e dopo pertinente colloquio con il personale sanitario del Centro Donatori/Polo di Reclutamento, ho compreso quanto ivi specificato. Ho letto e compreso l'informativa privacy allegata in ragione della quale ho espresso consenso specifico e sono, pertanto, a conoscenza del fatto che dopo questo prelievo (sangue/saliva/tampone buccale), necessario per determinare la tipizzazione allelica del sistema HLA, il risultato dell'esame non è usualmente rilasciato, ferma la possibilità di esercitare gli specifici diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento EU 2016/679 e che i miei dati personali (dati genetici inclusi) verranno inseriti nell'archivio informatico del Registro Nazionale Donatori di Midollo Osseo (IBMDR) e saranno utilizzati esclusivamente per le finalità del trattamento che mi sono state illustrate. So che potrò essere contattato da un polo funzionale della rete, in futuro, per ulteriori indagini atte ad accertare, più approfonditamente, la mia compatibilità con un paziente nazionale e/o internazionale candidato al trapianto di CSE o per progetti di ricerca, non commerciali, inerenti il trapianto di CSE e le finalità dell'IBMDR o per estensione delle indagini genetiche. Mi è stato fatto presente che posso ritirare l'adesione, che oggi mi accingo a rilasciare, in qualsiasi momento lo desidero e che, comunque, la durata della mia iscrizione al registro terminerà al compimento del 55° anno di età. Mi è stato fornito il questionario anamnestico pre-iscrizione (Allegato B) che ho restituito debitamente compilato e, conseguentemente, con la firma apposta in calce

**consocio che la donazione è anonima, volontaria e non retribuita, esprimo la volontà di divenire un potenziale donatore di:**

**CSE da sangue midollare**

**CSE da sangue periferico.**

Firma: .....

Luogo e data: .....

Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, all'acquisizione del consenso ed alla verifica dell'identità del donatore:

Cognome e Nome: .....qualifica: .....

Firma del sanitario:..... Data e ora: .....

Polo IBMDR che ha avviato il reclutamento (Sigla IBMDR), anche in collaborazione con le Associazioni.

CD:.....

PR (se applicabile):.....

*La donazione è anonima, volontaria e non retribuita*

Da compilarsi a cura del CD

**CODICE GRID** assegnato al donatore: .....

Le chiediamo di indicarci attraverso quale fonte è venuto a conoscenza del programma di donazione di CSE da non familiare ed ha per questo deciso di iscriversi come donatore (barrare con una X) :

1. Servizio Trasfusionale/Associazioni sangue - sono già un donatore di sangue
2. Associazioni Donatori di Midollo Osseo (es: **ADMO REGIONE LOMBARDIA ONLUS** )
3. Un mio amico/conoscente già iscritto
4. Scuola/università
5. Mass media (programmi televisivi o radiofonici nazionali e/o locali)
6. Un mio amico ha superato il limite di età per continuare ad essere donatore e mi ha chiesto di diventare il suo 'sostituto'
7. Un parente/conoscente affetto da patologia che necessita di trapianto di CSE
8. Internet/ social media
9. Appello a favore di un paziente

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679**

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento da parte nostra nel rispetto della normativa sopra richiamata, del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto l'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera.

**Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è l'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, in persona del legale rappresentante pro-tempore domiciliato per la carica in Mura delle Cappuccine 14 16128 Genova Tel. +39 010 56321.

**Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) nominato ai sensi degli artt. 37 e ss. del GDPR è domiciliato per la funzione presso i recapiti del Titolare e sempre raggiungibile all'indirizzo e-mail [rp@ospedali.galliera.it](mailto:rp@ospedali.galliera.it).

**Finalità del trattamento**

I Suoi dati personali potranno essere trattati unicamente per tutti gli adempimenti necessari a gestire la Sua iscrizione e partecipazione al Registro Nazionale Italiano Donatori Midollo Osseo (noto in campo internazionale come IBMDR - Italian Bone Marrow Donor Registry), istituito e gestito dal 1989 dall'E.O. Ospedali Galliera ed istituzionalmente riconosciuto con la legge 6 marzo 2001, n. 52, il cui scopo è di reperire un donatore, volontario, compatibile per i pazienti ematologici, che necessitano di un trapianto di CSE. I suoi dati trasformati in forma anonima potrebbero essere utilizzati anche per finalità statistiche nonché a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica.

*La donazione è anonima, volontaria e non retribuita*

Nel caso i dati verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dell'articolo 89 del GDPR e dal Titolo VII del D. Lgs.196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 mediante l'applicazione di garanzie adeguate per i diritti e la libertà dell'interessato che assicurino che siano predisposte misure tecniche e organizzative adeguate, in particolare al fine di garantire il rispetto del principio della minimizzazione dei dati.

### **Base giuridica del trattamento**

Il fondamento del trattamento dei Suoi dati personali per le finalità sopra indicate si rinviene essenzialmente dalla citata legge 6 marzo 2001, n. 52 nonché dall'Accordo Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 in materia di "ricerca e reperimento di cellule staminali emopoietiche presso registri e banche dati italiane ed estere". A maggior tutela dei Suoi diritti, anche in virtù della necessità di conoscere e gestire dati genetici, ancorché limitati alle indagini indispensabili alle finalità del trattamento, si richiede anche il consenso dell'interessato ai sensi dell'art. Art. 2-septies del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

### **Destinatari dei dati personali**

I dati raccolti vengono comunicati in forma circoscritta e nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del trattamento:

- agli Enti pubblici identificati dalle competenti autorità sanitarie elencati nel sito web dell'IBMDR [www.ibmdr.galliera.it](http://www.ibmdr.galliera.it)) in quanto Responsabili del trattamento dei dati;
- alle organizzazioni internazionali (elenco disponibile nel sito web della World Marrow Donor Association – WMDA – [www.wmda.info](http://www.wmda.info)), in ambito EU ed extra-EU nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 44 e ss. del GDPR. Per quanto la maggior parte delle strutture extra-europee siano WMDA certificate e quindi aderenti a standard internazionali che includono i requisiti della GDPR, non possiamo escludere, presso i Paesi ove risiedono, l'assenza di un'autorità di controllo, né la possibilità che non siano previsti i principi sul trattamento dei dati o diritti dell'interessato conformi alla GDPR.

Per forma circoscritta si intende la sostituzione dei dati anagrafici con un codice identificativo (pseudonimizzazione) e la riassunzione dei dati sanitari in un giudizio di disponibilità.

### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente autorizzati ovvero nominati Responsabili.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del GDPR, fatti salvi gli obblighi di legge e l'eventuale contenzioso, i Suoi dati personali saranno conservati fino a revoca del consenso da Lei espresso.

### **Diritti dell'interessato**

Ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR, Lei ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano **o di opporsi al loro trattamento nei casi di cui all'art. 21 del GDPR**, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla norma.

*La donazione è anonima, volontaria e non retribuita*

Lei ha anche il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Può esercitare tali diritti rivolgendosi al Titolare del trattamento o al Responsabile Protezione Dati ai recapiti sopra indicati.

**Diritto di reclamo**

Laddove ritenga che il trattamento dei dati personali a Lei riferiti effettuato, nei termini sopra indicati, dal Titolare avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, ha il diritto di proporre reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall’art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

**Conseguenze del mancato conferimento dei dati ovvero dell’esercizio dei diritti**

Il rifiuto totale o parziale di conferire i dati personali, la richiesta di bloccare o cancellare informazioni, il porre limitazioni al consenso, determinano l’impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto con l’Ente.

\*\*\*

Io sottoscritto/a, letta e compreso l’informativa che precede

**esprimo il consenso**

**NON esprimo il consenso**

al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati per le finalità indicate nella presente informativa.

**esprimo il consenso**

**NON esprimo il consenso**

alla comunicazione dei miei dati personali a Enti pubblici e organizzazioni internazionali la cui attività sia funzionale al perseguimento delle finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data: .....

Firma:.....

Nota: versione aggiornata di questa informativa è disponibile nel sito web dell’IBMDR [www.ibmdr.galliera.it](http://www.ibmdr.galliera.it)



**Allegato B1** (V0 1/3 agosto 2021)

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRE-ISCRIZIONE**

Le risposte che Lei fornirà sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione preliminare è finalizzata a proteggere Lei e il paziente che riceverà il Suo dono.

Cognome:..... Nome:..... Data di nascita: .....

Sesso:  M  F Altezza:.....cm. Peso:.....Kg.

Gruppo etnico:  Caucasico  Orientale  Nero  Ispanico  Misto

Valutazione Generale e tutela del donatore		Risposta	
1. È attualmente in buona salute?		NO	SI
2. Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?		NO	SI
<b>Per cosa ?</b>	<b>Da quando ?</b>	<b>specificare</b>	
3. E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?		NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>	
4. Ha mai avuto un ricovero ospedaliero per ragioni non legate a un intervento chirurgico?		NO	SI
<b>Per quale motivo? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>	
5. Ha sofferto o soffre di malattie infettive (es: Covid-19), malattie auto-immunitarie, tumori maligni, malattie ematologiche (come leucemia, linfoma, mieloma ...), malattie genetiche dei globuli rossi (come falcemia, favismo ...)?		NO	SI
		<b>specificare</b>	
6. Ha sofferto o soffre di malattie delle ossa o delle articolazioni, malattie reumatologiche, malattie dermatologiche, problemi circolatori (per esempio trombosi) o cardiaci, malattie respiratorie, malattie delle vie digerenti o del fegato (come epatite virale ..), malattie renali o delle vie urinarie, malattie neurologiche? (Se è una donatrice) ha mai avuto malattie ginecologiche ?		NO	SI
		<b>specificare</b>	
7. Ha mai sofferto di epilessia e/o crisi convulsive?		NO	SI
<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>		
8. Ha mai sofferto di attacchi di panico/stati d'ansia?		NO	SI
<b>In quale circostanza?</b>	<b>Quando</b>	<b>specificare</b>	
9. Ha mai ingerito o è mai stato esposto a sostanze tossiche (es: cianuro, piombo, mercurio) o a radiazioni?		NO	SI
<b>Quali?</b>		<b>specificare</b>	

10. In famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie ?	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____ <b>specificare</b> _____		
11. Ha parenti affetti da malattie congenite o da malattie genetiche come anemia mediterranea, favismo, altre malattie ematologiche, Black-fan Diamond o altre malattie rare?	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____ <b>specificare</b> _____		
<b>Patologie potenzialmente trasmissibili e tutela del ricevente</b>	<b>Risposta</b>	
12. Ha letto e compreso (allegato C) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili ?	NO	SI
13. Ha mai assunto sostanze stupefacenti?	NO	SI
<b>Quali? :</b> _____ <b>per quanto tempo?</b> _____ <b>specificare</b> _____		
14 E' dedito all'alcool?		
15. E' mai risultato positivo ai test per l'epatite A, B, C, E o per l'AIDS?	NO	SI
16. In famiglia vi sono stati casi, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi o di malattia della "mucca pazza"?	NO	SI
17. Ha ricevuto in passato somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	NO	SI
18. E' mai stato sottoposto a trapianto autologo, allogenico o xenotrapianto di organi, tessuti o di cellule? E' mai stato sottoposto a trapianto di cornea ?	NO	SI
<b>Quando? :</b> _____ <b>per :</b> _____ <b>specificare</b> _____		
19. E' mai stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?	NO	SI
<b>Quando? :</b> _____ <b>specificare</b> _____		
20. E' donatore di sangue, plasma o piastrine?	NO	SI
<b>Se si, indicare presso quale centro:</b> _____		
21. Le è mai stato indicato di non donare sangue?	NO	SI
22. Ha già donato in precedenza cellule staminali emopoietiche da sangue midollare o da sangue periferico per un suo familiare ?	NO	SI
<b>Quando: ?</b> _____ <b>Quali CSE (midollo/PBSC):</b> _____ <b>specificare</b> _____		
<b>Il ricevente è ancora in vita?</b>		
23. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
_____ <b>specificare</b> _____		
<b>Solo per le donatrici</b>	<b>Risposta</b>	
24. È attualmente in gravidanza?	NO	SI
25. Ha mai avuto gravidanze?	NO	SI
<b>Quante: ?</b> _____ <b>Quando l'ultima ? :</b> _____ <b>specificare</b> _____		
26. Ha mai avuto interruzioni di gravidanza?	NO	SI
<b>Quante: ?</b> _____ <b>Quando l'ultima ? :</b> _____ <b>specificare</b> _____		

Il sottoscritto dichiara:

- di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra;
- di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione (Allegato C) e di non riconoscermi in nessuna delle condizioni descritte;
- di aver ottenuto ampia spiegazione sulle procedure di prelievo;
- di aver avuto la possibilità di chiedere chiarimenti;
- di essere consapevole che potrei essere ricontattato dal personale medico deputato al giudizio finale di idoneità per chiarimenti e che in caso di non idoneità non verrò iscritto ed i campioni biologici a me prelevati verranno eliminati;
- di sottoporsi volontariamente al prelievo di un campione biologico (sangue, saliva o tampone buccale) conscio che, in futuro, accertata la compatibilità con un paziente in attesa di trapianto di CSE, tra le varie indagini che verranno espletate, necessarie all'accertamento della mia idoneità alla donazione e alla tutela del ricevente, sono comprese quelle relative all'infezione da HIV.

In fede,

Data: ..... (firma del donatore) .....

Dati di individuazione del sanitario che ha intervistato, verificato l'identità, provveduto alla raccolta delle informazioni e colloquiato con il candidato donatore:

Cognome e Nome: .....Qualifica:.....

Struttura di appartenenza:.....

Firma del sanitario:.....Data:.....

*Giudizio finale di idoneità/inidoneità in capo a CD/PR*

Presa visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico, dichiaro che il donatore

soddisfa  non soddisfa

i criteri di eleggibilità richiesti per l'iscrizione come potenziale donatore di CSE.

Se soddisfa: codice IBMDR assegnato:.....

Eventuali note.....

Nome e Cognome:.....Qualifica:.....

Struttura di appartenenza:.....

Data: .....

In fede,

(firma del medico).....

Timbro