

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p> <p>Banca Regionale Tessuto Muscolo-Scheletrico</p>	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 1
	QUESTIONARIO PRELIMINARE SUI RISCHI INFETTIVI	P04_A0154_BTMS_Ps001_Mod002 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps001	

CENTRO PRELIEVO: _____

Cognome e Nome: _____ **Data di nascita:** ____/____/____

BARRARE LA RISPOSTA CHE INTERESSA

Sono Accettate Solo Risposte Negative – Una Risposta AFFERMATIVA Interrompe La Donazione

A	Anamnesi sociale – <u>NEGLI ULTIMI 12 MESI:</u>		
1	Ha vissuto con persone sieropositive per il virus dell'AIDS o affette da AIDS conclamata, o con epatite B, C?	SI	NO
2	Ha subito una detenzione in carcere?	SI	NO
3	E' stato tatuato o ha praticato trucco semipermanente con materiale non monouso, non sterile?	SI	NO
4	E' stato sottoposto ad agopuntura o foratura di parti del corpo (piercing) con materiale non monouso, non sterile?	SI	NO
5	Si è punto volontariamente o accidentalmente venendo a contatto con il sangue di altre persone?	SI	NO
B	Assunzione di droghe – <u>NEGLI ULTIMI 12 MESI :</u>		
6	Ha assunto sostanze stupefacenti, droghe leggere (hascisc, marijuana) ?	SI	NO
7	Ha assunto droghe maggiori, quali eroina, cocaina, ecstasy ecc.? (per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa, inalatoria)	SI	NO
C	Comportamento sessuale – <u>NEGLI ULTIMI 12 MESI :</u>		
8	Ha avuto rapporti sessuali a rischio, cioè rapporti sessuali occasionali non protetti?	SI	NO
9	Ha avuto rapporti sessuali con persone positive ai test sierologici dell'epatite B o C, AIDS e sifilide?	SI	NO
10	Ha avuto una malattia venerea diagnosticata o trattata?	SI	NO
11	Ha richiesto o prestato rapporti sessuali a pagamento o sotto l'effetto di droghe?	SI	NO

Note: _____

Firma del donatore _____

Data della compilazione ____/____/____