

DOMANDA DI ISCRIZIONE

COGNOME E NOME

Codice Fiscale

Luogo di nascita Prov Data.....

CITTA' Via Cap Prov

Telefono casa Cellulare.....

Indirizzo di posta Elettronica.....

Luogo di lavoroDitta

Telefono ditta

Titolo di studio: Licenza Elementare
 Licenza Media Inferiore
 Diploma
 Laurea

Condizione non professionale: Disoccupato
 Studente
 Casalinga
 Pensionato
 Altro

Professione: Agricoltore
 Artigiano
 Commerciante
 Impiegato
 Insegnante
 Operaio
 Professionista
 Militare
 Religioso

Ramo di attività: Agric. Forest. Caccia, Pesca
 Industria, Costruzioni
 Industria Manifattiera
 Energia, Acqua, Gas
 Commercio
 Pubblica Amministrazione
 Trasporti e Comunicazioni
 Credito e Assicurazioni
 Altri Servizi

Iscritto AIDO: Si No

Iscritto ADMO: Si No

Chiede di essere iscritto all'AVIS come socio donatore effettivo e dichiara di accettare le norme dello Statuto e del Regolamento associativo in vigore.

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

Data

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE 31 DICEMBRE 1995

INFORMAZIONI SULL' AVIS

(0323.868230 Avis Omegna)

L'Avis (Associazione Volontari Italiani del Sangue) è strutturata in AVIS Nazionale (Via Forlanini 23 - Milano), l'Avis Regionali (presenti in tutte le regioni d'Italia), l'Avis Provinciali (presenti in tutte le province d'Italia), Avis Sovracomunali, Avis Comunali o di base ed Avis Sottocomunali.

L'Avis Nazionale è riconosciuta associazione con personalità giuridica (Legge n°49 del 20.2.1950). Le singole Avis, pur facendo parte della stessa associazione, della quale debbono rispettare ed applicare statuto e regolamento di attuazione, hanno autonomia processuale e patrimoniale.

In adempimento degli obblighi statutari e per quanto previsto dalla Legge n° 107/90 e successivi decreti di attuazione, le AVIS svolgono la loro principale attività nell'ambito dell'offerta del sangue da parte dei propri soci; della promozione, dell'informazione e della educazione al dono del sangue; della cooperazione al programma nazionale per il raggiungimento dell'autosufficienza ematica: della gestione dei servizi tecnici (svolta nei limiti delle normative vigenti); della cooperazione sul piano internazionale per lo sviluppo del volontariato; della tutela della salute dei donatori, contribuendo all'educazione sanitaria e favorendo la medicina preventiva.

In particolare tutte le AVIS di base hanno elenchi dei soci, dei quali di norma conoscono, oltre alle generalità, il gruppo sanguigno, il numero delle donazioni effettuate e la loro data, il giudizio di idoneità o meno alla donazione.

In alcuni casi le singole AVIS gestiscono dei centri di raccolta di sangue venendo dunque necessariamente a conoscenza in maniera completa dei dati relativi alla salute in generale dei donatori e dei dati attinenti al loro sangue o componenti, alla esistenza di malattie contagiose o di fattori impeditivi alla donazione; inoltre all'atto della donazione vengono rivolte domande ai donatori al fine di sapere se gli stessi hanno tenuto condotta di vita, anche sessuale, che li esponga a rischi di contrazione di malattie contagiose o trasmissibili.

L'AVIS nel suo complesso, e le singole strutture, anche quando vengono a contatto e trattano i dati sensibili di cui all'art. 22 della L 675/96 sono autorizzate al trattamento dei dati sensibili, ai sensi e per gli effetti del Provvedimento 27 novembre 1997 del Garante per la protezione dei dati personali (Autorizzazione n° 2/1997 al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale G.U. n° 279 del 29/11/97).

INFORMATIVA

Con l'entrata in vigore delle nuove norme a tutela della privacy è necessario che Lei sia informato di quanto segue:

1. Il conferimento dei dati è indispensabile per lo svolgimento di tutte le attività istituzionali.
2. I dati da Lei forniti, sia all'atto dell'iscrizione all'Avis che durante le future attività associative verranno registrati su archivi variamente strutturati (schede su carta, supporti elettronici, informatici e telematici) e saranno trattati in via del tutto riservata e protetta per le sole finalità istituzionali.
3. I dati non verranno divulgati all'esterno, ad eccezione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, secondo quanto espressamente previsto dalla Legge 107/90 e successivi decreti.
4. A norma dell'art. 13 della legge in argomento, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente. Lei potrà consultare, far modificare o cancellare i suoi dati, rivolgendosi alla struttura AVIS di appartenenza.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi di quanto previsto all'articolo n°11 della Legge 31 Dicembre 1996 n° 675, il sottoscritto dichiara di essere stato preventivamente informato per iscritto di quanto previsto all'art. 10 e art. 13 della Legge e di consentire espressamente all'Avis il trattamento dei dati da me forniti, nonché la loro comunicazione a terzi, come indicato al punto 3 della citata informativa.

Data

Firma

COMUNICATO AIDS

L'**AIDS** è una malattia infettiva contagiosa dovuta ad un virus chiamato HIV 1 e 2, più raramente ad un altro virus chiamato HIV2.

QUESTO VIRUS SI TRASMETTE COL SANGUE E CON I RAPPORTI SESSUALI.

Non si conoscono oggi cure realmente efficaci per i malati di AIDS in grado di causarne la guarigione e pertanto il più grande impegno deve essere posto nella **PREVENZIONE DEL CONTAGIO**.

Il sangue prelevato ai Donatori a scopo trasfusionale viene analizzato tutte le volte per la ricerca degli anticorpi ANTI-HIV che segnalano l'avvenuto contagio.

Tuttavia, **L'ASSENZA DI ANTICORPI ANTI-HIV NON GARANTISCE IN MANIERA ASSOLUTA LA NON INFETTIVITÀ DEL SANGUE**, in quanto, tra il contagio e la comparsa degli anticorpi esiste un intervallo della durata di **1-6 mesi** e durante questo periodo di tempo, chiamato **"periodo finestra" IL SANGUE, PUR ESSENDO SIERONEGATIVO, PUO' TRASMETTERE L'INFEZIONE!**

TUTTI I DONATORI CHE HANNO VISSUTO SITUAZIONI IN CUI HANNO RISCHIATO DI CONTAGIARSI SONO OBBLIGATI ALL'AUTOESCLUSIONE, cioè ad astenersi dal donare il sangue per 6 mesi dal momento del rischio.

E' CONSIGLIABILE COMUNQUE AFFRONTARE IL PROBLEMA ASSIEME AL MEDICO DEL CENTRO TRASFUSIONALE, EVENTUALMENTE ANCHE IN VIA TOTALMENTE ANONIMA PER TELEFONO (0323.541.216).

COMPORTAMENTI A RISCHIO DI INFEZIONE PER L'AIDS CHE COMPORTANO LA SOSPENSIONE DI 6 MESI PER LA DONAZIONE DI SANGUE:

RAPPORTI ETEROSESSUALI CON:

- a) soggetti sieropositivi
- b) conviventi di sieropositivi
- c) tossicodipendenti
- d) conviventi di tossicodipendenti
- e) prostitute
- d) sconosciuti

- RAPPORTI OMOSESSUALI MASCHILI E TOSSICODIPENDENZA
- TRASFUSIONE DI CONCENTRATI COMMERCIALI DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE
- TRASFUSIONE DI SANGUE DA MENO DI UN ANNO
- CONTATTI ACCIDENTALI CON MATERIALE INFETTO O SOSPETTO TALE

Data

Firma

(Direttore F.F. Dr. Paolo Cerutti) Per accettazione il sanitario

MODULO DI ACCETTAZIONE E CONSENSO ALLA DONAZIONE DI SANGUE (ALL. 2 DEC.03.03.2005)

Da compilarsi con **attenzione e cura** e consegnare al personale prima di iniziare la donazione.

In caso di dubbi non esitate a **chiedere informazioni al MEDICO**

COGNOME

NOME

TESSERA N.

EVENTI SANITARI ED INFORMAZIONI VARIE DALL'ULTIMA DONAZIONE

	SI	NO
1) E' IN BUONA SALUTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) STA FACENDO TERAPIE FARMACOLOGICHE O E' IN CURA DAL SUO MEDICO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) HA INGERITO (da meno di 7 giorni) ASPIRINA O ALTRI ANTIDOLORIFICI / ANTINFIAMMATORI ? QUALI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) E' STATO SOTTOPOSTO A MEDICAZIONI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) E' STATO SOTTOPOSTO A VACCINAZIONI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) HA RICEVUTO IMMUNOGLOBULINE ANTI-TETANICHE A CAUSA DI FERITE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) HA NOTATO PERDITA DI PESO >10% NON GIUSTIFICATA DA DIETA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) E' STATO SOTTOPOSTO AD INTERVENTI CHIRURGICI O RICOVERI PER MALATTIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) HA EFFETTUATO INDAGINI ENDOSCOPICHE? (gastroscopie, rettoscopie, artoscopie, laparoscopie ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) HA EFFETTUATO TERAPIE CHE COMPORTINO L'USO DI CATETERE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) SI E' SOTTOPOSTO A TATUAGGI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) SI E' SOTTOPOSTO A FORATURA DELLE ORECCHIE O DI ALTRA PARTE DEL CORPO (PIERCING)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) SI E' SOTTOPOSTO AD AGOPUNTURA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) HA SOFFERTO DI FEBBRI DI NATURA IGNOTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) HA NOTATO INGROSSAMENTO ALLE GHIANDOLE LINFATICHE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) HA SOGGIORNATO ALL'ESTERO O IN ZONE ITALIANE SEGNALATE A RISCHIO? DOVE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) HA EFFETTUATO CURE DENTARIE NELL'ULTIMA SETTIMANA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) E' STATO SOTTOPOSTO A TRASFUSIONE DI SANGUE O DI EMOCOMPONENTI NEGLI ULTIMI 4 MESI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) SI E' ACCIDENTALMENTE FERITO O SPORCATO CON AGHI, SIRINGHE, O ALTRI OGGETTI SPORCHI DI SANGUE NEGLI ULTIMI 4 MESI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROSEGUE SUL RETRO

- 20) HA ASSUNTO CIBO O BEVANDE NELLE ULTIME 4 ORE?
- 21) **HA AVUTO RAPPORTI SESSUALI OCCASIONALI, CON PARTNER MULTIPLI
O COMUNQUE A RISCHIO DI TRASMISSIONE DI MALATTIE INFETTIVE ?**
- 22) HA MAI FATTO USO DI DROGHE O PRODOTTI ANABOLIZZANTI ENDOVENA ?
- 23) IL PARTNER ABITUALE E' STATO TRASFUSO ?
- 24) HA IN PROGRAMMA ATTIVITA' OD HOBBY RISCHIOSI NELLA GIORNATA ODIERNA?

SOLO PER DONATRICI

- 25) E' IN GRAVIDANZA O HA PARTORITO NELL'ULTIMO ANNO ?
- 26) HA AVUTO ABORTI O INTERRUZIONI VOLONTARIE DELLA GRAVIDANZA NEGLI ULTIMI SEI MESI ?

**SONO CONSAPEVOLE CHE
LA VERIDICITA' DELLE RISPOSTE
fornite nel presente questionario e indispensabile
per la sicurezza di coloro che riceveranno**

il mio sangue CONSENSO ALLA DONAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

..... I.....sottoscritta/o dichiara di essere attualmente in buona salute, di aver visionato il materiale informativo sull' AIDS ed altre malattie infettive trasmissibili e di averne compreso compiutamente il significato, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato correttamente 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 del ricevente il sangue donato, di aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di prelievo proposto, di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso, di non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta, di sottoporsi volontariamente alla donazione e che, nelle ventiquattro ore successive alla donazione, non svolgerà attività o hobbies rischiosi.

Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale e il centro coordinamento e compensazioni Regionali al trattamento dei propri dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente, impegnandosi inoltre a comunicare CON SOLLECITUDINE eventuali malattie che si verificassero nei 120 giorni successivi alla donazione al fine di evitare l'eventuale trasmissione di Agenti Infettivi ai riceventi del proprio sangue.

li

Firma