



*Struttura Regionale di Coordinamento per le Attività  
 Trasfusionali*

**SRC REGIONE LIGURIA**

**Responsabile Dr. Paolo Strada**

Tel: 010/5553928 Fax: 010/5556807

**PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL WEST NILE VIRUS ANNO 2014**

Io sottoscritto donatore di sangue sono stato informato che:

- nei paesi sotto elencati è presente una infezione virale che si trasmette con la puntura delle zanzare (WEST NILE VIRUS);
- nella maggioranza dei casi l'infezione è asintomatica, quindi io potrei essere infetto ed infettante senza saperlo;
- il mio sangue potrebbe trasmettere l'infezione al paziente al quale verrà trasfuso;
- **il rischio esiste solo se ho soggiornato negli ultimi 28 giorni in:**

<b>ITALIA</b>	Provincia di Parma Provincia di Brescia Provincia di Bologna Provincia di Vicenza Provincia di Reggio Emilia Provincia di Udine Provincia di Modena Provincia di Lodi Provincia di Olbia-Tempio Provincia di Mantova Provincia di Ferrara Provincia di Piacenza Provincia di Verona Provincia di Cremona Provincia di Rovigo Provincia di Bergamo Provincia di Pavia Provincia di Milano Provincia di Monza-Brianza Provincia di Alessandria Provincia di Ravenna Provincia di Lecco
<b>PAESI EU ED EXTRA-EU</b>	Bosnia/Herzegovina Serbia Regione Attica della Grecia Austria Romania Israele Ungheria
<b>PAESI PER I QUALI IL CRITERIO DI          SOSPENSIONE SI APPLICA TUTTO L'ANNO</b>	Canada USA

Presa visione di quanto sopra dichiaro di:

**NON AVER** soggiornato nei paesi sopraelencati negli ultimi 28 giorni

**AVER** soggiornato in ..... negli ultimi 28 giorni

In questo caso sono stato informato che il mio sangue verrà sottoposto ad un test supplementare per verificare la eventuale presenza del WEST NILE VIRUS.

Etichetta dati anagrafici donatore

Data .....

Firma del Donatore .....

Firma del Medico .....