



**Struttura Regionale di Coordinamento per le Attività Trasfusionali
SRC REGIONE LIGURIA**
Responsabile Dr. Paolo Strada
c/o IRCCS A.O.U. "San Martino" – IST

PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL WEST NILE VIRUS ANNO 2015

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 almeno una notte negli ultimi 28 giorni in:**

ITALIA	Provincia di Cremona
PAESI EU ED EXTRA-EU	/
PAESI PER I QUALI IL CRITERIO DI SOSPENSIONE SI APPLICA TUTTO L'ANNO	Canada USA

Preso visione di quanto sopra dichiaro di:

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

Etichetta dati anagrafici donatore

Data

Firma del Donatore

Firma del Medico