swissmedic

Formulario
Emovigilanza notifica delle misure di protezione

Nome/Indirizzo o timbro del centro di donazione

Entrata Swissmedic
(per favore lasciare vuoto)

Dati del donatore/della donatrice

N. del donatore/ della donatrice	Iniziali del donatore/della donatrice Nome	Cognome	Anno di nascita	Sesso
				☐ F ☐ M ☐ altro

☐ Prima donazione ☐ Donazioni abituale – Numero di precedenti donazioni:

Dati della donazione

Data del prelievo:

Malattia infettiva evidenziata:

☐ HCV ☐ HBV ☐ HIV ☐ T. pallidum ☐ Parvo B19 ☐ HAV ☐ HEV

☐ Plasmodium spp. ☐ T. cruzi ☐ altra (ad es. WNV):

Test positivo: ☐ Serologia ☐ NAT Commenti:

☐ Altro *(p.es test non eseguito secondo le norme)*

Misure

Il donatore/ la donatrice: ☐ Esclusione ☐ Rinviato fino al:

Prodotti dalla **donazione dell'indice**

☐ Nessun prodotto fabbricato (p.es. prelievo di sangue diagnostico)

Donazione dell'indice	CE	PFC	CPA	CPBC
Numero prelievo/prodotto				
fabbricati / data				
distrutti / data				
richiamati / data ricevuti				
richiamati / data non ricevuti				
trasfusi / data				
scaduti / data				
altro / data				
nome cliente				

Swissmedic • Hallerstrasse 7 • 3012 Berna • www.swissmedic.ch • Tel. +41 58 462 02 11 • anfragen@swissmedic.ch

Prodotti dal **x-1 donazione**:

x-1 donazione	CE	PFC	CPA	CPBC
Numero prelievo/prodotto				
fabbricati / data				
distrutti / data				
richiamati / data ricevuti				
richiamati / data non ricevuti				
trasfusi / data				
scaduti / data				
altro / data				
nome cliente				

Look Back

☐ Il Look back è stato registrato nel laboratorio di riferimento marcatori infettivi di T-CH N. LB:

☐ Il Look back non è registrato nel laboratorio di riferimento marcatori infettivi di T-CH:

Motivo:

Esposizione

Per HIV, HBV, HCV e sifilide, l'esposizione deve essere notificata a Swissmedic utilizzando questa parte o il Questionario FOR 2307 «Rischio di esposizione».

☐ Contatto sessuale con ☐ F ☐ M ☐ Trans (MtF)[1] ☐ Trans (FtM)[2] ☐ VSS[3]

☐ Consumo di droga per via parenterale

☐ Perinatale

☐ Altro modo di trasmissione:

☐ Non identificabile

☐ Anamnesi di esposizione non eseguita

Motivo:

Nome del dottore	Data	Firma

Inviare a Swissmedic entro 15 giorni lavorativi (haemovigilance@swissmedic.ch o haemovigilance.swissmedic@hin.ch) e una copia al centro di coordinamento look back T-CH (meldestelle@itransfusion.ch) e B-CH AG (medizin-bsd@blutspende.ch) rapporto

[1]MtF = sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario.

[2]FtM = sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario

[3]VSS = Variante dello sviluppo sessuale (intersessuale).