



BREVVI

dagli Amici dell'Ospedale

Periodico di informazione dell'associazione padovana donatori di sangue "AMICI DELL'OSPEDALE" - n° 40 - I quadrimestre 2016
POSTE ITALIANE s.p.a. SPEDIZIONE IN A.P. - D.L. 353/2003 (Conv. in l. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 2, DCB PD

In questo numero:

- **5 x mille:**
fac simile

...a pagina 2,



- **Attività di Prevenzione:**
Le iniziative per il 2016

...a pagina 3

- **Schede accettazione donatori**
fac simile

...a pagina 4, 5, 6 e 7



- **Comunicazioni e avvisi:**

Convocazione Assemblea 2016
...a pagina 8

5x Mille

AGLI AMICI DELL'OSPEDALE un piccolo gesto per grandi progetti

Cari Amici dell'Ospedale anche per il 2016 sarà possibile destinare una quota, pari al 5 per mille dell'Irpef, a favore dell'Associazione di volontariato scelta al momento della dichiarazione dei redditi. Potrete decidere, pertanto, che una piccolissima parte delle vostre tasse, anziché essere inglobata totalmente dall'Erario, venga devoluta direttamente ad un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS), e ciò semplicemente indicandola quale beneficiaria all'atto della dichiarazione dei redditi.

È bene chiarire fin da subito che questa elargizione non comporta alcun onere aggiuntivo per il contribuente: **che si decida di destinare il 5 per mille, oppure no, si paghe-**

ranno sempre le medesime tasse stabilite dalla legislazione tributaria.

Al contrario, qualora scegliate di aiutare gli "Amici dell'Ospedale", indicando l'Associazione quale beneficiaria del 5 per mille, ci darete la possibilità di proseguire, migliorare ed ampliare i servizi di prevenzione e tutela della salute del donatore che sono e rimarranno sempre i nostri principali obiettivi. A seconda dei modelli che compilerete per la dichiarazione dei redditi - CUD 2015, 730/1-bis o modello UNICO - vi basterà apporre la firma nell'apposito riquadro per la destinazione del 5 per mille dell'IRPEF e, di seguito, indicare il codice fiscale dell'Associazione "Amici dell'Ospedale":

c.f. 92114110288

Ricordate che non deve essere indicato il nome dell'Associazione, bensì soltanto il codice fiscale (per facilitarvi le cose, in questo numero è inserita una pagina esplicativa). Ora una comunicazione di ordine burocratico.

Dal mese di febbraio 2016 all'accettazione verrà consegnato a tutti i donatori il modulo, che troverete in copia nelle pagine interne. Si precisa che tale modulo dovrà essere

compilato ad ogni donazione, e ciò in applicazione delle nuove disposizioni di legge, entrate in vigore nel gennaio di quest'anno. Infine, si ricorda a tutti gli associati che, il giorno 22 aprile prossimo, si terrà l'assemblea annuale dei soci, presso la "Sala degli Anziani" del Comune di Padova (nell'ultima pagina troverete i dettagli della convocazione).

Il Presidente
Dario Spinello

FAC SIMILE PER LA DESTINAZIONE DEL 5 PER MILLE ALLE ONLUS

730 **MODELLO 730-1bis redditi 2015**
scheda per la scelta della destinazione del 5 per mille dell'IRPEF

Da consegnare unitamente alla dichiarazione Mod. 730/2009 al sostituto d'imposta, al C.A.F. o al professionista abilitato.
Se l'assistenza fiscale è prestata dal sostituto d'imposta utilizzare l'apposita busta chiusa contrassegnata sui lembi di chiusura.

CONTRIBUENTE CODICE FISCALE (obbligatorio)

DATI ANAGRAFICI COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) NOME SESSO (M o F)
DATA DI NASCITA (GIORNO MESE ANNO) COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA PROVINCIA (sigla)

SCELTA DEL DICHIARANTE PER LA DESTINAZIONE DEL 5 PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni

FIRMA **Mario Rossi** FIRMA

Codice fiscale del beneficiario **92114110288** Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente

FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Questo è il codice fiscale degli "Amici dell'Ospedale"

In aggiunta a quanto spiegato nell'informativa sul trattamento dei dati, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

AVVERTENZE

Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinarie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Per alcune delle finalità il contribuente ha la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie.

Fac simile per la destinazione del 5 per mille del contribuente che compila il modello 730

CUD
2016

SCHEDA PER LA SCELTA DELLA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF

(RISERVATA AI CONTRIBUENTI ESONERATI DALLA PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI)

SOSTITUTO D'IMPOSTA CODICE FISCALE (obbligatorio)

CONTRIBUENTE CODICE FISCALE (obbligatorio)
COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) NOME SESSO (M o F)
DATA DI NASCITA (GIORNO MESE ANNO) COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA PROVINCIA (sigla)

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni

FIRMA **Mario Rossi** FIRMA

Codice fiscale del beneficiario **92114110288** Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

Finanziamento della ricerca sanitaria

Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente

FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Questo è il codice fiscale degli "Amici dell'Ospedale"

In aggiunta a quanto spiegato nell'informativa sul trattamento dei dati, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

AVVERTENZE Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinarie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Per alcune delle finalità il contribuente ha la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie.

Fac simile per la destinazione del 5 per mille del contribuente che compila il modello CUD

Le iniziative per il 2016

Tutti gli esami offerti ai nostri associati

Si comunica a tutti gli associati che da quest'anno le visite e gli esami saranno offerti solo ai soci attivi, mentre per i famigliari dei soci attivi rimarrà la sola visita dermatologica. Gli associati che intendono prenotare una visita o un esame sono pregati di comunicare con la segreteria tramite il telefono o via mail. Non sarà possibile prenotare una prestazione in nessun altro modo.

Per Associati e Familiari:

Per i Donatori attivi:

1. Visite Oculistiche

2. Ricerca del sangue occulto

3. Pap-Test su strato sottile

4. Test-HPV

5. Mammografia

6. Ecografia mammaria

7. Visita Senologica

1. Visite Dermatologiche

8. Determinazione del P.S.A.

9. Esame urine completo

10. Consulenza Fisioterapica

11. Visita per rinnovo patente

12. Visita Dentistica

13. Pulizia cavo orale

14. Visita di idoneità sportiva non competitiva

Per chi volesse dare un sostegno finanziario alle attività degli **Amici dell'Ospedale** è possibile fare un versamento nel nostro conto corrente postale: Codice IBAN IT 68 S 076 0112 1000 0006 2184791

IMPORTANTE: non è sufficiente la comunicazione orale dell'intenzione di iscriversi agli "Amici dell'Ospedale", e neppure la semplice dichiarazione di volere cambiare associazione di appartenenza per chi fosse già un donatore, è necessario compilare il modulo che vedete qui riprodotto. Si richiede a tutti coloro che si iscrivono agli "Amici Dell'Ospedale" di darne pronta comunicazione.

Brevi dagli Amici dell'Ospedale

Direttore responsabile: Elisa Billato

Proprietario editore:

Associazione Amici dell'Ospedale in persona del legale rappresentante pro tempore
Sig. Dario Spinello

Direzione e redazione:

Corso Milano 115 - 35139 Padova

Grafica: Vanda Dimattia

Stampa:

Tipografia Nuova Jolly

Via Dell' Industria, 28 - 35030 Rubano (PD)

Registrazione del Tribunale di Padova n. 1910 del
Registro Stampa del 25 ottobre 2004

Per Contattarci: Tel e Fax 049 8765156

e-mail: segreteria@amicidellospedale.org

Responsabile: Dott.ssa Giustina De Silvestro
CENTRO RACCOLTA SANGUE OSPEDALE DEI COLLI
Responsabile: Dott. Alberto Marotti
Tel. 049 8216051 Fax 049 826050

Consenso all'iscrizione ad una Associazione

Cognome.....

Nome.....

Data di Nascita.....

Legge 107/90: "le associazioni dei donatori volontari di sangue e le relative federazioni, corrono ai fini istituzionali del Servizio sanitario Nazionale concernenti la promozione e lo sviluppo della donazione di sangue e tutela dei donatori."

Desidero iscrivermi ad una Associazione di donatori di sangue afferenti all'Azienda Ospedaliera di Padova

A.D.V.S. ASSOCIAZIONE DONATORI SANGUE ()

A.O. AMICI DELL'OSPEDALE (X)

A.V.I.S. ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE ()

C.R. CROCE ROSSA ()

FIDAS PD GRUPPO PADOVANO DONATORI SANGUE ()

Autorizzo il Servizio Immunotrasfusionale a trasmettere all'Associazione scelta iu miei dati anagrafici per essere successivamente contattato per l'adesione SI () NO ()

Non desidero associarmi e opto per l'inserimento dei miei dati anagrafici solo nell'archivio della struttura Immunotrasfusionale SI ()

Acconsento ad essere interpellato nell'eventualità vi fosse bisogno del mio sangue SI () NO ()

Padova...../...../.....

firma

SCHEDE ACCETTAZIONE DONATORI

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 4.1.3 | Sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata | SI | NO |
| 4.2 | Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? | SI | NO |
| 4.3 | E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? | SI | NO |
| 4.4 | Ha abusato o abusa di bevande alcoliche? | SI | NO |
| 4.5 | Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti? | SI | NO |
| 5 ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE | | | |
| 5.1 | Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili? (Informazioni distribuite in sala d'attesa) | SI | NO |
| 5.2 | Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? | SI | NO |
| 5.3 | Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo? | SI | NO |
| 5.4 | Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo? | SI | NO |
| 5.5 | Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? | SI | NO |
| 5.6 | Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? | SI | NO |
| 5.7 | Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner? | SI | NO |
| 5.8 | Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali) con i seguenti partners: | | |
| 5.8.1 | con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS | SI | NO |
| 5.8.2 | con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali | SI | NO |
| 5.8.3 | con un partner occasionale | SI | NO |
| 5.8.4 | con più partner sessuali | SI | NO |
| 5.8.5 | con soggetti tossicodipendenti | SI | NO |
| 5.8.6 | con scambio di denaro o droga | SI | NO |
| 5.8.7 | con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo | SI | NO |
| 5.9 DALL'ULTIMA DONAZIONE E COMUNQUE NEGLI ULTIMI QUATTRO MESI: | | | |
| 5.9.1 | Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B o dell'epatite C? | SI | NO |
| 5.9.2 | E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es.: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia etc.)? | SI | NO |
| 5.9.3 | Si è sottoposto a : | | |
| | a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/dispositivi non sterili? | SI | NO |
| | b) agopuntura con dispositivi non monouso | SI | NO |
| | c) tatuaggi | SI | NO |
| | d) piercing o foratura delle orecchie con dispositivi non monouso | SI | NO |
| | e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati | SI | NO |
| 5.9.4 | Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue? | SI | NO |
| 5.9.5 | E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue? | SI | NO |
| <i>Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.</i> | | | |
| 6 SOGGIORNI ALL'ESTERO/PROVINCE ITALIANE | | | |
| 6.1 | E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? | SI | NO |
| | Se sì, in quale/i Paese/i: | | |
| 6.2 | I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico? | SI | NO |
| 6.3 | Ha trascorso un periodo anche cumulativo superiore a 6 mesi nel Regno Unito nel periodo 1980-1996? | SI | NO |
| 6.4 | E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980? | SI | NO |
| 6.5 | Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o comunque entro 6 mesi dal rientro? | SI | NO |
| 6.6 | Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? (Vedi informativa ed eventuali allegati disponibili in sala attesa/segreteria) | SI | NO |
| | Se sì dove? | | |
| 7 DICHIARAZIONE | | | |
| <p>Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato 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 di chi riceverà il sangue donato.</p> | | | |

Data..... Firma del donatore.....

Firma del sanitario

SCHEDE ACCETTAZIONE DONATORI**Riquadro riservato al medico/personale sanitario****1. Parametri fisici del donatore**

Età..... Peso(Kg).....Pressione arteriosa (mmHg) max..... min.....
 Frequenza (batt/min) Emoglobina(g/L)
 Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione.....

2. Valutazione clinica/anamnestica (vedi cartella sanitaria del donatore in EmoNet)**3. Giudizio di idoneità (vedi cartella clinica del donatore in EmoNet)**

Il donatore risulta

 Idoneo alla donazione di: Sangue intero Plasma da aferesi Piastrine da aferesi Plasmapiastrinoafèresi Multicomponent Volume proposto per la donazione (mL) **Sospeso temporaneamente per i seguenti motivi**

Periodo di sospensione dal ___/___/___ al ___/___/___ Prossimo controllo ___/___/___

 Sospeso definitivamente per i seguenti motivi

Firma del medico responsabile della selezione

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE (All. II, parte C)**Il/la sottoscritto/a dichiara di**

- aver preso visione del materiale informativo (**note informative n° 1, 2, 3, 4** disponibili in sala d'attesa) e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- 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 di chi riceverà il sangue donato;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi;
- m'impegno ad informare il Servizio Trasfusionale nel più breve tempo possibile dall'insorgenza di eventuali malesseri (febbre, tosse, influenza, vomito diarrea, ecc.) verificatisi nei giorni successivi alla donazione.

Data..... Firma del donatore.....

MEDICO/OPERATORE SANITARIO che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome (o timbro)

Qualifica:

Data..... Firma.....

SCHEDE ACCETTAZIONE DONATORI**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE**

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice), La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.

Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione.

Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.

I suoi dati personali non saranno diffusi.

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo Servizio Trasfusionale.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.

Titolare del trattamento dei dati, ex art. 28 del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, è il Direttore del CRAT Veneto, Responsabili del Trattamento Dati – designati dal Titolare – sono i Responsabili dei Servizi Trasfusionali del DIMT provinciale di Padova). Nel rispetto della normativa sulla privacy, i dati potranno essere trattati da Incaricati – debitamente autorizzati - per svolgere specifici servizi elaborativi ed operazioni necessarie, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità del Sistema Informativo ivi utilizzato.

Io sottoscritto/a

Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

acconsento non acconsento

al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Richiedo certificato per il datore di lavoro SI NO

Data.....Firma del donatore.....

MEDICO/OPERATORE SANITARIO che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome (o timbro)

Qualifica:

Data Firma

AVVISO di ASSEMBLEA

Si comunica a tutti i soci che è convocata la

ASSEMBLEA ANNUALE 2016

il giorno **22 aprile 2016** nel palazzo comunale di Padova, presso la

SALA degli ANZIANI

in prima convocazione alle ore 16.30

in seconda convocazione alle ore 17.30

con il seguente ordine del giorno

1. presentazione del bilancio morale dell'anno 2015;
2. approvazione del bilancio consuntivo 2015;
3. approvazione del bilancio preventivo 2016;
4. varie ed eventuali.

SEGRETERIA

Si segnala a tutti gli iscritti che è in funzione la segreteria telefonica e, nel caso sia lasciato un messaggio, si verrà prontamente contattati

Per chi trovasse più comodo inviarcì e-mail ricordiamo il nostro indirizzo di posta elettronica

segreteria@amicidellospedale.org

SITO WEB AMICI DELL'OSPEDALE

cliccando su
www.amicidellospedale.org
troverete tutte le informazioni sulla nostra associazione;
potrete leggere il nostro periodico via internet
ed essere sempre aggiornati sulle nuove iniziative degli
"Amici dell'Ospedale"

GIORNALE

Coloro che ricevono il nostro quadrimestrale, BREVI dagli Amici dell'Ospedale, sono pregati di:
- Comunicarci l'eventuale cambio di indirizzo,
- Segnarci l'indirizzo di qualche persona cui lo possiamo inviare,
- Avvertirci se non desiderano più riceverlo