



Da compilare in seguito alle circolari del Centro Nazionale Trapianti (CNT) e del Centro Nazionale Sangue (CNS) che forniscono indicazioni per la prevenzione del rischio di trasmissione dell'infezione da Zika virus attraverso l'impiego clinico delle cellule staminali emopoietiche da sangue del cordone ombelicale (ISS-CNT 30/05/2018-0001312, ISS-CNS 30/05/2018-0001206).

1) Ha ricevuto, in qualsiasi periodo della gravidanza, una diagnosi di infezione da Zika virus?

NO            SI

2) Dove ha soggiornato o viaggiato, in qualsiasi periodo della gravidanza?

NO            SI    *Se si specificare* \_\_\_\_\_

3) Ha avuto, in qualsiasi periodo della gravidanza, un contatto sessuale con persona che ha ricevuto una diagnosi di infezione da Zika virus nei 6 mesi precedenti la donazione?

NO            SI

4) Ha avuto, in qualsiasi periodo della gravidanza, un contatto sessuale con persona che ha soggiornato o viaggiato *al di fuori del territorio nazionale?*

NO            SI    *Se si specificare* \_\_\_\_\_

Nome e cognome madre (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma madre \_\_\_\_\_

Qualifica operatore \_\_\_\_\_

Nome e cognome operatore (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma operatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NB. TALE QUESTIONARIO DEVE ESSERE SOTTOPOSTO A TUTTE LE DONATRICI DI SANGUE CORDONALE FINO A DATA DA STABILIRE IN BASE ALLE COMUNICAZIONI DEL CNS E DEL CNT**