

Barcode

Madre: Cognome _____ Nome _____

Padre: Cognome _____ Nome _____

PARTE A

ANAMNESI FAMILIARE

- a) Le informazioni anamnestiche su *padre del nascituro* e genitori di entrambi sono disponibili?

NO (esempio: adozione, fecondazione eterologa): escludere dalla donazione se non sono documentabili le informazioni anamnestiche

SI: proseguire nel questionario

- b) Nazione o regione italiana di origine della *madre* e del *padre del nascituro*

Madre: _____ Padre: _____

Se nazione/regione a rischio per malattie infettive endemiche o emoglobinopatie o altre malattie ereditarie prestare particolare attenzione nella successiva anamnesi.

- c) Etnia della *madre* e del *padre del nascituro* (*barrare la casella e cerchiare l'area di origine*):

Madre:

CAUCASICA

(Europa, Russia dell'Est, Nord America, Australia)

ISPANICA

(Centro e Sud America)

MONGOLIDE

(Asia: Sud, Sud-est, Sud-ovest, Centrale, Nord e Nord-est)

NEGROIDE

(Nord Africa, Africa Sud-Sahariana)

MISTA

Padre:

CAUCASICA

(Europa, Russia dell'Est, Nord America, Australia)

ISPANICA

(Centro e Sud America)

MONGOLIDE

(Asia: Sud, Sud-est, Sud-ovest, Centrale, Nord e Nord-est)

NEGROIDE

(Nord Africa, Africa Sud-Sahariana)

MISTA

- d) Esiste un grado di parentela fra lei e il padre di suo figlio o fra i vostri rispettivi genitori?

NO SI se SI specificare quale _____

(se si tratta di stretta consanguineità escludere dalla donazione; in caso di consanguineità meno stretta compilare con attenzione l'anamnesi per malattie ereditare).

1. ANAMNESI FAMILIARE DELLA MADRE

ATTENZIONE: Se alla seguente domanda viene risposto "SI" indicare il grado di parentela rispetto alla madre stessa.

Qualcuno dei suoi parenti (*genitori, zii, cugini, fratelli/ sorelle*) ha mai avuto le seguenti malattie?

- **Leucemia, tumori, altre malattie del sangue** (talassemia o anemia mediterranea, drepanocitosi, anemia falciforme, sferocitosi, favismo, porfiria, sindrome di Diamond-Blackfan) - **Carenza di piastrine o problemi di coagulazione, immunodeficienza, diabete** (se SI specificare se giovanile (insulino



dipendente) o adulto), **altre malattie metaboliche, malattie ereditarie** (nanismo, etc), **malattie autoimmuni** (Lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, anemia emolitica, piastrinopenia autoimmune, psoriasi con artropatie, sclerosi multipla, colite ulcerosa, diabete infantile, tiroidite autoimmune)

NO SI NON SO se SI specificare *la patologia, il grado di parentela ed il numero di familiari affetti:*

2. ANAMNESI PATOLOGICA E FATTORI DI RISCHIO DELLA MADRE

a) E' mai stata **seriamente ammalata?** (ricoveri ospedalieri, etc.)

NO SI se SI specificare (motivo e quando) _____

b) E' stata mai affetta o è attualmente portatrice sana di una delle seguenti **MALATTIE?**
Malattie veneree, infezioni da HIV (AIDS), Epatite B (HbsAg; antigene Australia), **Epatite C, altre malattie infettive** (specificare), **malattie/disfunzioni della tiroide, diabete infantile, Malattie del sangue**(talassemia o anemia mediterranea, drepanocitosi, anemia falciforme, sferocitosi, favismo, porfiria, sindrome di Diamond-Blackfan), **Epatite cronica o cirrosi epatica, Malattie immunitarie** (Lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, anemia emolitica, piastrinopenia autoimmune, psoriasi con artropatie, sclerosi multipla, colite ulcerosa, diabete infantile, tiroidite autoimmune), **Malattie metaboliche** (Malattia di Gaucher, Mucopolisaccaridosi).

NO SI se SI specificare _____

c) E' stata mai affetta lei o i suoi familiari da **Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD)?**

NO SI se SI specificare _____

d) Negli ultimi tre anni è mai stata fuori dall'Italia?

NO SI se SI specificare dove e quando _____

e) E' mai stata in Inghilterra?

NO SI se SI specificare quando e per quanto tempo _____

f) Lavora o svolge attività di volontariato in ospedali, carceri o comunità?

NO SI se SI specificare _____

g) E' donatrice di sangue?

NO SI se SI, è mai stata sospesa dalla donazione? Indicarne il motivo _____

h) E' fumatrice?

NO SI se SI specificare n° sigarette/giorno _____

i) Beve alcolici?

NO SI se SI specificare tipo e quantità/giorno _____



l) Ha mai fatto uso di droghe leggere?

- NO SI se SI specificare quando, tipo e quantità _____
Specificare frequenza di uso: occasionale abituale
Quando è accaduto l'ultima volta? _____

m) Ha mai fatto uso di droghe pesanti?

- NO SI Specificare tipologia di assunzione: orale nasale intramuscolo endovenosa
Specificare frequenza di uso: occasionale abituale
Quando è accaduto l'ultima volta? _____

n) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue/emoderivati (plasma, piastrine, gammaglobuline)?

- NO SI se SI specificare quante e quando _____

o) Ha eseguito altre vaccinazioni oltre a quelle di legge?

- NO SI se SI specificare quali e quando _____

p) Si è mai sottoposta a tatuaggi indelebili o è dedita alla pratica del piercing?

- NO SI se SI specificare quando _____

q) *Ritiene di avere attualmente, o avere avuto in passato, comportamenti che la espongano o l'hanno esposta al rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili?*

- NO SI

3. ANAMNESI FAMILIARE DEL *PADRE*

ATTENZIONE: Se alla seguente domanda viene risposto "SI" indicare *il grado di parentela rispetto al padre stesso.*

Sono note **malattie ereditarie** nella famiglia (*genitori, zii, cugini, fratelli/sorelle*)? **Utilizzare come riferimento l'elenco di patologie riportato al paragrafo (1.).**

- NO SI NON SO se SI specificare *la patologia, il grado di parentela ed il numero di familiari affetti.*

4. ANAMNESI PATOLOGICA E FATTORI DI RISCHIO DEL *PADRE*

a) E' affetto o portatore di una delle condizioni patologiche riportate al punto (1 e 2.b) del paragrafo precedente?

- NO SI se SI specificare _____

b) Ha mai fatto uso di droghe leggere?

- NO SI se SI specificare tipo e quantità _____
Specificare frequenza di uso: occasionale abituale
Quando è accaduto l'ultima volta? _____

c) Ha mai fatto uso di droghe pesanti?

- NO SI Specificare tipologia di assunzione: orale nasale intramuscolo endovenosa



Specificare frequenza di uso: occasionale abituale

Quando è accaduto l'ultima volta? _____

d) E' donatore di sangue?

NO SI Se SI, è mai stato sospeso dalla donazione? Indicarne il motivo _____

e) Ha mai avuto epatite virale o ittero?

NO SI NON SO se SI specificare quando _____

f) Ha mai fatto il test per HIV (AIDS)? Se SI specificarne il risultato _____

NO SI NON SO

g) Ha mai avuto la sifilide?

NO SI NON SO

h) Ha mai ricevuto trasfusioni?

NO SI se SI specificare quante e quando _____

Informazioni raccolte da: madre padre Data ____/____/____

Firma madre _____ Firma padre _____
(Se le informazioni sono raccolte direttamente dal padre)

Emergono criteri di ESCLUSIONE alla donazione

NON emergono criteri di ESCLUSIONE alla donazione

Qualifica operatore _____ Nome e cognome operatore (in stampatello) _____

Firma operatore _____

PARTE B

5. ANAMNESI OSTETRICA

a) Ha niente da segnalare in aggiunta a quanto dichiarato nella PARTE A del presente questionario? (nel caso in cui il colloquio per la PARTE A sia stato effettuato precedentemente al parto)

NO SI se SI specificare _____

b) Ha avuto aborti o altre gravidanze in precedenza?

NO SI

Le seguenti domande si riferiscono alla gravidanza attuale:

c) La gravidanza ha avuto decorso regolare?

NO SI se NO specificare _____

d) Ha assunto farmaci/sostanze tossiche (cianuro, piombo, mercurio, oro) particolari durante la gravidanza (escludere ac. folico, ferro, calcio etc.)?

NO SI se SI specificare _____



e) Ha eseguito gli esami per lo screening infettivologico in gravidanza?

NO SI *Se SI, il suo ginecologo ha confermato che il risultato di tali esami è normale?*

NO SI *Eventualmente specificare* _____

g) Sono comparse o si sono ripresentate malattie infettive?

NO SI *Se SI quali* _____

h) Ha eseguito esami per lo studio del cariotipo del nascituro o per altri motivi (amniocentesi o villi coriali, *ricerca DNA fetale circolante*) ?

NO SI *Se SI, l'esito di tali esami è stato normale?* NO SI

Eventualmente specificare _____

i) Negli ultimi 28 giorni precedenti alla donazione, ha soggiornato per almeno un giorno al di fuori della provincia dove ha il domicilio?

NO SI *Se SI specificare dove e quando:* _____

l) *Il padre del nascituro ha soggiornato per almeno un giorno al di fuori della provincia dove ha il domicilio durante la gravidanza?*

NO SI *Se SI specificare dove e quando:* _____

m) Ha avuto febbre il giorno prima, durante o dopo il parto (>38°C)?

NO SI

n) Sono trascorse più di 12 ore tra la rottura delle membrane e il parto?

NO SI

o) Parto gemellare?

NO SI

Data ____/____/____

Firma madre _____

Emergono criteri di ESCLUSIONE alla donazione

NON emergono criteri di ESCLUSIONE alla donazione

Qualifica operatore _____ *Nome e cognome operatore (in stampatello)* _____

Firma operatore _____

PARTE C: IDONEITA' AL BANCAGGIO

In base alle informazioni anamnestiche raccolte, la coppia risulta

IDONEA NON IDONEA per il seguente motivo

al BANCAGGIO del sangue del cordone ombelicale a scopo trapiantologico.

Firma Medico Banca del Cordone Ombelicale _____

Data ____/____/____