

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA DONAZIONE DI SCO

Per l'operatore che raccoglie l'anamnesi: CONSULTARE LA LISTA CRITERI di ESCLUSIONE R75-001-13CB per valutare l'idoneità alla donazione.

MADRE del neonato Cognome _____ Nome _____

PADRE del neonato Cognome _____ Nome _____

ANAMNESI FAMILIARE

A) Le informazioni anamnestiche su partner e genitori di entrambi sono disponibili?

NO – esclude dalla donazione **SI** - proseguire nel questionario

B) Gruppo ETNICO di appartenenza:

MADRE: Caucasio Negroide Orientale Marocchino Turco Altro _____

PADRE: Caucasio Negroide Orientale Marocchino Turco Altro _____

Se nazione/regione a rischio: per malattie infettive endemiche o emoglobinopatie o altre malattie ereditarie prestare particolare **attenzione** nella successiva anamnesi (*in caso di donazione dedicata consultare CCBB: 0965-3933223-3295 calabriacord@ospedalerc.it*)

C) Siete stati adottati? no si
se SI e storia familiare non nota, escludere dalla donazione

D) Esiste un grado di parentela fra Madre e Padre del nascituro o fra i 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 ereditarie)

E) La Madre ha già donato in precedenza sangue cordonale? no si
se SI, specificare quando _____ e presso quale Banca cordonale _____

1. ANAMNESI FAMILIARE DELLA MADRE DEL NEONATO

(Se alla seguente domanda viene risposto "SI" indicare la persona affetta da patologia; considerare le seguenti categorie di parentela della madre: nonni, fratelli/sorelle, zii)

1.1 Qualcuno dei parenti della Madre ha mai avuto le seguenti malattie?

Leucemia- tumori- altre malattie del sangue (anemia mediterranea, drepanocitosi, anemia falciforme, anemia emolitica, sferocitosi, favismo, porfiria, sindrome di Diamond-Blackfan) **Carenza di piastrine o problemi di coagulazione - Immunodeficienze-Malattie ereditarie** (nanismo, etc) **Malattie autoimmuni** (Lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, piastrinopenia autoimmune, psoriasi con artropatie, sclerosi multipla, colite ulcerosa, tiroidite autoimmune) - **Diabete** (specificare se giovanile-insulino dipendente - o adulto) **altre malattie metaboliche**

se SI, specificare quale malattia _____ no si non so
rapporto di parentela _____

2. ANAMNESI FAMILIARE DEL PADRE DEL NEONATO

(Se alla seguente domanda viene risposto "SI" indicare la persona affetta da patologia; considerare le seguenti categorie di parentela del padre: nonni, fratelli/sorelle, zii)

2.1 Qualcuno dei parenti del Padre ha mai avuto le malattie riportate nella domanda precedente 1.1?

se SI, specificare quale malattia _____ no si non so
rapporto di parentela _____

3. ANAMNESI PATOLOGICA E FATTORI DI RISCHIO MADRE DEL NEONATO

a) **È stata mai affetta da patologie gravi ?** (ricoveri ospedalieri, ecc.) no si
se SI, specificare quale e quando _____

b) **È stata affetta o è attualmente portatrice sana di una delle seguente Malattie?**
Malattie genetiche o congenite, malattie autoimmuni (lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, anemia emolitica, piastrinopenia autoimmune, psoriasi con artropatie, sclerosi multipla, colite ulcerosa, tiroidite autoimmune), malattie/disfunzioni della tiroide, affezioni reumatologiche, cardiovascolari, ematologiche (talassemia o anemia mediterranea, drepanocitosi,

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA DONAZIONE DI SCO

anemia falciforme, sferocitosi, favismo, porfiria), gastrointestinali, neurologiche, respiratorie, endocrino-metaboliche (diabete giovanile, malattia di Gaucher, mucopolisaccaridosi), renali, delle vie urinarie, genitali, epatopatia cronica, coagulopatia congenita o acquisita, diatesi trombofilica, neoplasie maligne, malattie veneree, infettive (AIDS, Epatite B (HbsAg), Epatite C, Malaria, TBC, altre malattie infettive), malattie organiche del sistema nervoso, malattie psichiatriche gravi, febbri ignote.

se SI, specificare quale _____ no si
 Se la Madre è portatrice di anemia mediterranea, drepanocitosi, anemia falciforme, sferocitosi è **necessario allegare il referto.**

Indicare se ricevuto VACCINO per Epatite B:

no si non so

c) **Ha mai soggiornato nel Regno Unito per più di 6 mesi dal 1980 al 1996?** no si
 se SI, specificare quando _____ per quanto tempo _____

d) **Ha mai soggiornato negli ultimi 28 giorni in altre Province Italiane o fuori dall'Italia?**
 se SI, specificare dove _____ no si
 quando _____ per quanto tempo _____

e) **Lavora o svolge attività di volontariato in ospedali, carceri o comunità?** no si
 se SI specificare quale _____

f) **È donatrice di sangue?** no si
Se donatrice di sangue, è mai stata sospesa dalla donazione? no si
 Indicarne il motivo _____

g) **È fumatrice?** no si
 se SI specificare n° sigarette/giorno _____

h) **Beve alcolici?** no si
 se SI specificare tipo e quantità/giorno _____

i) **Ha mai fatto uso di droghe pesanti?** no si
 se SI, escludere dalla donazione

j) **Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue/emoderivati (plasma, piastrine, gammaglobuline) negli ultimi 4 mesi?** no si
 se SI specificare: quante, quando e dove _____

k) **Ha mai ricevuto trapianto d'organo, tessuti o cellule?** no si
 se SI, escludere, specificare: quando, quale e dove _____

l) **Ha eseguito vaccinazioni negli ultimi 30 giorni?** no si
 se SI specificare quali e quando _____

m) **Si è mai sottoposta a tatuaggi indelebili, agopuntura o piercing negli ultimi 4 mesi?** no si
 se SI specificare quando _____

n) **Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio?** no si
 se SI specificare quando _____

o) **È stata sottoposta ad interventi chirurgici negli ultimi 4 mesi?** no si
 se SI specificare quando _____

p) **È stata mai esposta a sostanze tossiche e metalli pesanti (cianuro, piombo, mercurio, oro, pesticidi, ecc.)?** no si
 se SI specificare quando e quali _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA DONAZIONE DI SCO

4. ANAMNESI PATOLOGICA E FATTORI A RISCHIO DEL PADRE DEL NEONATO

Tali informazioni possono essere riportate anche dalla Madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario rispondere "NON SO"), nel caso il Padre non sia presente.

ANAMNESI DIRETTA DEL PADRE ANAMNESI TRAMITE MADRE

Il Padre del nascituro è affetto o portatore di una delle condizioni patologiche riportate al punto (b) del paragrafo 3? no si non so

Se il Padre è portatore di anemia mediterranea, drepanocitosi, anemia falciforme, sferocitosi è necessario allegare il referto.

se SI specificare quale _____
Indicare se ricevuto VACCINO per Epatite B: no si non so

Il Padre del nascituro:

1. Ha mai fatto uso di droghe pesanti? no si non so

se SI specificare tipo e frequenza di uso (occasionale o abituale)

Quante volte? _____

Quando è accaduto l'ultima volta? _____

2. E' donatore di sangue? no si non so

Se donatore di sangue, è mai stato sospeso dalla donazione? SI NO

Indicarne il motivo _____

3. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue/emoderivati (plasma, piastrine, gammaglobuline) negli ultimi 4 mesi no si non so

se SI specificare quante, quando e dove _____

4. Trapianto di organi, tessuti o cellule? no si non so

se SI, escludere. Specificare quando, quale e dove _____

5. Ha eseguito vaccinazioni negli ultimi 30 giorni? no si non so

se SI specificare quali e quando _____

6. Si è mai sottoposto a tatuaggi indelebili, agopuntura o piercing negli ultimi 4 mesi? no si non so

se SI specificare quando _____

7. Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio? no si non so

se SI specificare quando _____

8. E' stato sottoposto ad interventi chirurgici negli ultimi 4 mesi? no si non so

se SI specificare quando e di che tipo _____

9. Ha mai soggiornato nel Regno Unito per più di 6 mesi dal 1980 al 1996? no si non so

se SI specificare quando _____ per quanto tempo _____

10. Ha mai soggiornato negli ultimi 28 giorni in altre Province Italiane o fuori dall'Italia? no si non so

se SI, specificare dove _____

quando _____ per quanto tempo _____

5. ANAMNESI OSTETRICA

a) Ha mai avuto aborti o altre gravidanze in precedenza? no si
se SI specificare _____

b) La gravidanza in atto ha avuto decorso regolare? no si
se NO specificare _____

Escludere per grave gestosi gravidica, arresto o ritardo di crescita grave, distacco di placenta se persiste, patologia malformativa se persiste

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA DONAZIONE DI SCO

- c) Si è sottoposta a fecondazione medico assistita? no si
se SI specificare _____
Se eterologa, contattare Calabria CBB: (0965-3933223-3295 calabriacord@ospedalerc.it)
- d) Ha mai assunto farmaci particolari durante la gravidanza (eccetto acido folico – ferro – calcio - ecc.) no si
se SI specificare quali, quando e perché _____
Raccogliere se assunto antibiotici e antimicotici in profilassi
Escludere se assunti durante la gravidanza: Isotretinoina (anti-acne), Tapazole (antitiroideo), antidepressivi, anoressizzanti, Etreinato (psoriasi), profilassi anti-Tbc
- e) Durante questa gravidanza ha ricevuto immunoprofilassi anti D(nel caso sia di gruppo Rh Negativo) no si
- f) Ha eseguito gli esami per lo screening infettivologico in gravidanza? no si
- g) Il Suo ginecologo ha confermato che il risultato di tali esami è normale ? no si
se NO specificare _____
- h) Ha contratto malattie infettive durante la gravidanza (rosolia, varicella, parotite, toxoplasmosi, mononucleosi, malattia di Lyme, CMV, borelliosi)? no si
se SI Escludere. Indicare quale _____
- i) Durante questa gravidanza è stata riscontrata la presenza di Papilloma virus, Condilomi o Herpes genitalis, clamidia, linfogranuloma venereo, micoplasma genitalis _____ no si
- l) Ha eseguito esami per lo studio genetico del nascituro (amniocentesi o villocentesi?) no si
se SI specificare _____
- m) L'esito di tali esami è stato normale? no si
se NO specificare _____
- n) Il Suo ginecologo ha confermato che i risultati di tutte le ecografie di controllo erano normali? no si
se NO specificare _____
- o) Parto gemellare? no si

Data/...../.....

Informazioni raccolte da: Nome e Cognome: _____

Qualifica: Ostetrica del CR Infermiera del CR Medico del CR

Firma: _____

Giudizio di idoneità dopo valutazione delle informazioni anamnestiche e del consenso firmato dalla madre

Nome e Cognome del Medico che valuta l'idoneità alla donazione: _____

Medico del CR Medico del Servizio trasfusionale

Firma: _____

confermo *NON confermo* *l'idoneità alla donazione di SCO* allogenico solidaristica, in accordo ai criteri di eleggibilità previsti dalla normativa italiana vigente.

Dichiaro di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.

Firma per accettazione e verifica della Madre: _____

Firma per accettazione e verifica del Padre (se presente): _____

A cura della Calabria CBB:

Preso visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico

confermo **NON confermo** **l'idoneità alla donazione di SCO** allogenico solidaristica, in accordo ai criteri di eleggibilità previsti dalla normativa italiana vigente.

D.ssa Giulia Pucci, Responsabile Medico Calabria CBB Firma _____