REGIONE ABRUZZO
ASL PESCARA
Ospedale "Spirito Santo"
Dipartimento Oncologico Ematologico
UOSD Istituto dei Tessuti e Biobanche
Banca regionale di sangue di cordone ombelicale
Responsabile: Dott.ssa T. Bonfini
Tel. 085-4252374 Fax 085-4252265 e-mail: pescaracbb@asl.pe.it
Organizzazione con Sistema Gestione per la Qualità certificata secondo UNI EN ISO 9001:2015 – Reg. N° 4268 A

Centro di Raccolta .....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PATERNO
DATI ANAGRAFICI

All'attenzione del padre del neonato.
I questionari che raccolgono la storia clinica e familiare dei genitori del neonato donatore sono necessari per valutare l'idoneità della donazione all'uso clinico ed in particolare per valutare il rischio di trasmettere eventuali patologie con il sangue del cordone ombelicale. Le informazioni raccolte sono considerate strettamente confidenziali e devono essere acquisite separatamente nel rispetto della privacy dei singoli genitori; i questionari saranno conservati presso la Pescara Cord Blood Bank (PeCBB) che potrete contattare al numero 085 4252374 per qualsiasi chiarimento; le informazioni personali ed i contatti saranno utilizzati per mantenere il legame con il codice attribuito all'unità, chiedere altre informazioni, se necessario. Un operatore abilitato Vi assisterà per eventuali chiarimenti facendo riferimento ai criteri di selezione "All Bsco 6.5.1-03". Utilizzare lo SPAZIO NOTE in fondo al documento per ulteriori informazioni, dettagli anamnestici, specifiche e note rilevanti, facendo riferimento alla sigla del quesito (es: APP9).

Cognome e nome .....……..

Nato a .....……..... il ……. / …… / …….

Residente a……Via……C.A.P……

Etnia Bianca □ Asiatica □ Nera □ Altro □ ……

Nazionalità Italiana □ Altro □ ……

Telefono……..Cellulare……e-mail……

Medico curante…… Tel.: ……

Cognome e nome coniuge/partner.....……

ANAMNESI FAMILIARE DEL PADRE[1]

AFP1. È in grado di riferire notizie sullo stato di salute dei suoi genitori biologici e della sua famiglia di origine? Sì □ No □
(se la risposta è NO, NON effettuare la raccolta)

AFP2. Esiste consanguineità con la madre naturale del neonato *(cugini di primo grado)*? Sì □ No □
(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta in caso patologie genetiche ereditarie, immunologiche o per ricorrenza della stessa neoplasia)

[1] *Le patologie che costituiscono una* ***condizione di rischio*** *e che devono essere indagate in ambito familiare sono:* ***Patologie genetiche, Tumori:*** *T cerebrali o T del sistema nervoso centrale, T delle ossa o delle articolazioni, T della pelle, T della tiroide, T del rene, T dell'apparato digerente, T dell'apparato genitale, Linfomi, Leucemie acute e croniche, Mieloma, altri tipi di tumori.* ***Trasfusioni croniche, Diagnosi di anemia emolitica, Asportazione della milza. Patologie dei globuli rossi****: Anemia falciforme, Anemia di Fanconi, Deficit enzimatici dei globuli rossi, Sferocitosi, Ellissocitosi, Sindrome di Diamond-Blackfan, Talassemia (α o β).* ***Patologie dei globuli bianchi****: Sindrome di Wiskott-Aldrich, Malattia granulomatosa cronica, Immunodeficienze: SCID, (immunodeficienza combinata severa), ADA, o deficienza PNP, Ipoglobulinemia, Sindrome di Nezelhof, Sindrome di Di George,* ***Patologie delle piastrine:*** *Piastrinopenia, Piastrinosi, Trombocitopenia ereditaria, Malattia di Glanzmann, Deficit congeniti della coagulazione.* ***Malattie metaboliche/da accumulo****: Leucodistrofia, Malattia di Gaucher, Sindrome di Hurler, Porfiria, Malattia Tay-Sachs, Malattia di San Filippo;* ***Atassia-Telangiectasia****.* ***Malattie metaboliche:*** *Ipertiroidismo, Iperparatiroidismo, Sindrome di Cushing, Sindrome di Conn, Diabete giovanile insulinodipendente, Diabete adulto insulino dipendente.* ***Malattie del sistema immunitario****: Lupus Eritematoso Sistemico, Artrite reumatoide, Malattie autoimmuni, Tiroidite autoimmune, Sclerosi Multipla, HIV/AIDS.* ***Malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o variante di CJD****, demenza di origine sconosciuta, aumentato rischio familiare di contrarre la malattia.* ***Malformazioni o ritardi mentali***

ASCENDENTI

AFP3. Padre: vivente☐ • in buone condizioni di salute ☐ • affetto da_____

deceduto☐ • anni ____ per _____

AFP4. Madre: vivente ☐ • in buone condizioni di salute ☐ • affetta da_____

deceduta ☐ • anni ____ per _____

AFP5. Esiste consanguineità tra i nonni naturali del neonato *(cugini di primo grado)*? Sì ☐ No ☐

(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta in caso patologie genetiche ereditarie, immunologiche o per ricorrenza della stessa neoplasia)

COLLATERALI *(fratelli/sorelle)*

AFP6. M • N° ___ anni ___, ___, __ vivente/i ☐ in buone condizioni di salute ☐ affetto/i da _____

Deceduto/i • anni____ per _____ anni.____ per _____

AFP7. F • N° ___ anni ___, ___, __ vivente/i ☐ in buone condizioni di salute ☐ affetta/e da _____

Deceduto/i • anni____ per _____ anni.____ per _____

PROLE *(anche derivante da precedenti unioni) (DDN = Data di Nascita)*

AFP8. M • F • DDN __ / __ / __ in buone condizioni di salute ☐ • affetto/i da _____

M • F • DDN __ / __ / __ in buone condizioni di salute ☐ • affetto/i da _____

M • F • DDN __ / __ / __ in buone condizioni di salute ☐ • affetto/i da _____

M • F • DDN __ / __ / __ in buone condizioni di salute ☐ • affetto/i da _____

Altro ……

(In caso di patologie familiari fare riferimento al documento All BSCO 6.5.1-03 'Criteri di selezione alla donazione allogenica solidaristica' rev. in uso)

ANAMNESI PERSONALE DEL PADRE

APP1. È attualmente in buona salute? Sì☐ No☐

(se la riposta è NO, escludere in base ai criteri di selezione dell'All BSCO 6.5.1-03)

APP2. Assume farmaci per qualche patologia? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, escludere se richiedono terapia farmacologica sistemica steroidea, immunomodulante, chemioterapica/antiblastica per patologie tumorali, immunologiche o autoimmune.)

APP3. È donatore di sangue? Sì☐ No☐

APP4. Le è stato mai detto di non donare sangue? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, specificare le ragioni nello spazio Note e consultare l'All BSCO 6.5.1-03)

APP5. Ha letto e compreso la scheda informativa ed in particolare le condizioni generali e cliniche che escludono dalla donazione ed i comportamenti a rischio per le malattie trasmissibili con il sangue? Sì☐ No☐

(se la riposta è NO, richiedere eventuali chiarimenti ad un operatore abilitato)

APP6. È portatore o affetto da malattie genetiche/congenite/ereditarie? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note e consultare l'All BSCO 6.5.1-03)

APP7. Ha mai effettuato test genetici di screening per malattie eredo-familiari? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note e consultare l'All BSCO 6.5.1-03 parag.6)

In particolare, ci sono casi in famiglia di talassemia e/o anemia falciforme? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, richiede consulenza per donazione dedicata in caso di figli affetti dalla patologia)

APP8. Ha mai sofferto o soffre di malattie importanti? Sì☐ No☐

(malattie neoplastiche, affezioni gastrointestinali, epatiche, urogenitali, renali, cardiovascolari, respiratorie, endocrine, dermatologiche, metaboliche, autoimmuni, infettive, diabete, ittero e/o epatite, attacchi epilettici e/o affezioni neurologiche)

(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note e consultare l'All BSCO 6.5.1-03 parag. 8, 9, 13)

APP9. In particolare, ha mai sofferto o soffre di disturbi di natura ematologica? Sì☐ No☐

(anemia, deficit del sistema immunitario, deficit di piastrine e/o della coagulazione)

(se la riposta è SI, escludere in base alle patologie elencate al parag.6 dell'All BSCO 6.5.1-03)

APP10. È stato mai sottoposto ad interventi chirurgici? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, escludere in base ai criteri indicati al parag.7 dell'All BSCO 6.5.1-03)

APP11. Le è stato diagnosticato il Morbo di Creutzfeldt Jakob o ci sono stati casi nella sua famiglia di insonnia o demenza familiare mortale, di encefalopatia spongiforme o le è stato detto che nella sua famiglia c'è un aumentato rischio di contrarre la malattia? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta)

APP12. È stato sottoposto a trapianto di organo solido o di cellule staminali emopoietiche? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note; valutare l'idoneità in riferimento ai criteri di esclusione del parag. 7 dell'All BSCO 6.5.1-03)

APP13. È stato sottoposto a trapianto di organi o di cellule e/o innesti di tessuti di derivazione animale? Sì☐ No☐

Se la riposta è SI, specificare nello spazio Note; NON effettuare la raccolta tranne nei casi di utilizzo di preparati ossei/tissutali di origine animale all'uopo autorizzati e, laddove è previsto, certificati esenti da BSE, da parte delle autorità competenti; parag.7 l'All BSCO 6.5.1-03)

APP14. Ha fatto o fa uso di sostanze farmacologiche non prescritte da un medico, per via intramuscolo o endovena o tramite altri strumenti in grado di trasmettere gravi malattie infettive, comprese droghe pesanti (eroina, cocaina etc.), steroidi o ormoni a scopo di culturismo fisico? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note; NON effettuare la raccolta)

APP15. È mai risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per la sifilide, l'AIDS o HTLV I-II? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note; NON effettuare la raccolta)

APP16. Negli ultimi 4 mesi ha notato inspiegabilmente:

- □ ingrossamento dei linfonodi al collo, ascelle, inguine?
- □ sudorazione notturna o di febbri di natura ignota?
- □ diarrea persistente?
- □ rush cutaneo?
- □ macchie blu o viola su pelle e mucose?
- □ perdita inspiegata di peso negli ultimi tempi?
- □ tosse o affanno persistenti?
- □ debolezza muscolare?

Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note; richiede valutazione medica)

APP17. Ha mai avuto rapporti sessuali ad alto rischio di contrarre gravi malattie trasmissibili con il sangue?

Rapporti occasionali, con tossicodipendenti, con scambio di denaro e/o droga, con persone che hanno avuto rapporti sessuali in cambio di denaro o di droga, con più partner, con partner positivo ai test per l'AIDS o a rischio di esserlo o con test positivi per l'epatite B o C, o con precedenti comportamenti sessuali a rischio o del quale non sono note le abitudini sessuali o con partner di cui non sia noto lo stato sierologico, nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa. Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta)

APP18. Negli ultimi 3 anni ha fatto viaggi e/o soggiornato all'estero, per fini turistici o lavorativi, in particolare in zone a rischio di contrarre malattie tropicali? Sì☐ No☐

Dove? ……Quando? …… Per quanto tempo? …….

(se la riposta è SI, consultare l'All BSCO 6.5.1-03 parag.10

APP19. Al ritorno dai viaggi ha avuto febbre o altri sintomi? Sì☐ No☐

(se la riposta è SI, consultare l'All BSCO 6.5.1-03 parag.10

APP20. Ha soggiornato o viaggiato nelle aree citate nell'**All BSCO 6.5.1-06** Informativa malattie emergenti trasmissibili con sangue cellule e tessuti allegata alla presente, nei tempi in essa dichiarati e per le malattie che coinvolgono anche il PD? Sì☐ No☐

(Specificare nello spazio note. Se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta)

DA AGGIORNARE ALLA DATA DEL PARTO: Ci sono aggiornamenti circa la domanda APP20? Sì□ No□

(Specificare nello spazio note. Se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta)

Data e firma dell'Operatore Sanitario che ha aggiornato l'anamnesi……

SPAZIO NOTE

riservato per ulteriori informazioni anamnestiche

Quesito N°	**Dettagli**	***Idoneità Revisione Banca***
		□ sì □ no
		□ sì □ no

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo, di aver risposto in maniera veritiera al questionario di cui sopra al meglio delle proprie conoscenze, essendo stato esaurientemente informato e avendo compreso che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e dei suoi familiari e sul proprio stile di vita sono elemento fondamentale a garanzia della propria sicurezza e di quella del ricevente.

…… lì, …../……/……. Firma del padre …….

L'operatore sanitario che ha raccolto l'anamnesi

……, …….. ……

Cognome e nome, qualifica *firma*