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

Codice a barre fornito da Pescara CBB

Centro di Raccolta di .....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO MATERNO

All'attenzione della madre 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 a valutare il rischio di trasmettere eventuali patologie con il sangue del cordone ombelicale. Le informazioni raccolte sono considerate strettamente confidenziali e devono essere acquisite 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, per organizzare il controllo a sei mesi dopo i parto, e 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: APM9). Se necessario, il questionario anamnestico verrà aggiornato al momento del ricovero per travaglio di parto.

DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome .....……..

Nata a: .....……..... il …….. / …..… / …..….

Residente a……Via……C.A.P……

Etnia: Bianca □ Asiatica □ Nera □ Altro □ ……..…… Nazionalità: Italiana □ Altro □ ……..……..

Attività Lavorativa ……..……..

Telefono……..Cellulare……..…….email……..……

Medico curante…… Tel.: ……

Cognome e nome padre Neonato Donatore.....……

****

GIUDIZIO DI IDONEITÀ DELLA DONAZIONE SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE

Secondo i criteri di esclusione mod. BSCO 6.5.1-06 rev in uso

	Bancaggio	**Follow up**
Madre	Sì □ No □	Sì □ No □
Padre	Sì □ No □	Sì □ No □
Neonato	Sì □ No □	Sì □ No □

Il Direttore medico della Banca/delegato

……. / …… / ……. ……

Il Direttore medico della Banca/delegato

……. / …… / ……. ……

Note: ……

ANAMNESI FAMILIARE DELLA MADRE[1]

AFM1. 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)

AFM2. Esiste consanguineità con il padre 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)

ASCENDENTI

AFM3. Padre: vivente ☐ in buone condizioni di salute ☐ ☐ affetto da _____

deceduto ☐ • anni ____ per _____

AFM4. Madre: vivente ☐ • in buone condizioni di salute☐ • affetta da _____

deceduta☐ • anni _____ per _____

AFM5. 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)*

AFM6. M • N° ___ anni ___, ___, ___ • in buone condizioni di salute☐ non so ☐
affetto da _____ deceduto per _____

AFM7. F • N° ___ anni ___, ___, ___ • in buone condizioni di salute☐ • non so ☐
affetta da _____ deceduta per _____

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

AFM8. M • F • DDN __ / __ / __ • in buone condizioni di salute ☐ affetto/a da _____

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

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

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

Altro …….

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

ANAMNESI PERSONALE DELLA MADRE

---

[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 mellito di tipo 1, Diabete tipo 2 non controllato farmacologicamente.*
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***

APM1. È attualmente in buona salute? *(se no, specificare nello Spazio Note)* Sì □ No □

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

APM2. Assume farmaci per qualche patologia? *(se sì, specificare nello spazio Note)* Sì □ No □

(se la riposta è SI, escludere in base ai criteri di selezione dell'All BSCO 6.5.1-03 parag.12)

APM3. È donatrice di sangue? Sì □ No □

APM4. Ha donato precedentemente il sangue del cordone ombelicale? Sì □ No □

Se sì, dove? …… quando? …….

APM5. Le è stato mai indicato di non donare sangue o è stata dichiarata non idonea a precedenti donazioni di sangue o di sangue di cordone ombelicale? Sì □ No □

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

APM6. 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?

Inclusi gli All Bsco 6.5.1-06 e All Bsco 6.5.1-06 bis Sì □ No □

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

APM7. È portatrice o affetta 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)

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)

APM8. 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)

APM9. Ha mai sofferto o soffre di malattie importanti o da cause sconosciute o per le quali non sia stata formulata una diagnosi di certezza? 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 e/o psichiatriche)

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

APM10. 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)

Quali? …….……..

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

APM11. È stata mai sottoposta ad interventi chirurgici? *(specificare nei dettagli)* Sì □ No □

Quali? …… Quando? …….

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

APM12. Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto trasfusioni di sangue o emocomponenti? *(globuli rossi, plasma, piastrine)* Sì □ No □

Quali? …… Quando? …… Perché?……..

(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta se la trasfusione è avvenuta da meno di 4 mesi)

APM13. Ha ricevuto trasfusioni di sangue e/o emoderivati o è stata sottoposta ad intervento chirurgico nel Regno Unito o in Francia dal 1980 ad oggi? Sì □ No □

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

APM14. Negli ultimi 5 anni è stata curata con emoderivati? *(albumina, immunoglobuline, fattori coagulazione)*

Quali? …… Quando? …… Perché?……..…… Sì □ No □

(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta se la trasfusione è avvenuta da meno di 4 mesi; idoneità per immunoprofilassi anti-D)

APM15. È stata sottoposta a vaccinazioni o terapie desensibilizzanti nell'ultimo anno? Sì □ No □

Quali? ……. Quando? ……

(se la riposta è SI, consultare l'All Bsco 6.5.1-03 parag.11)

APM16. Ha mai effettuato terapie con estratti ipofisari di derivazione umana? Sì □ No □

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

APM17. Ha mai effettuato terapie per l'infertilità con gonadotropine di origine umana? Sì □ No □

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

APM18. 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 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)

APM19. È mai stata sottoposta 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 al paragrafo 7 dell'All Bsco 6.5.1-03)

APM20. È mai stata sottoposta a trapianto di cornea, dura madre, sclera o interventi neurochirurgici non documentati? Sì □ No □

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

APM21. Negli ultimi 12 mesi è stata sottoposta a trapianto di cellule e tessuti di origine umana? Sì □ No □

Quale? …… Quando? …… Perché?……

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

APM22. È stata sottoposta a trapianto di organi o di cellule o sottoposta ad innesti di tessuti/cellule o prodotti 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)

APM23. 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 e All Bsco 6.5.1-05 Travel Index)

APM24. 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 e All Bsco 6.5.1-05 Travel Index)

APM25. Ha soggiornato nel Regno Unito dal 1980 al 1996 per più di 6 mesi cumulativi anche se non continuativi? Sì □ No □

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

APM26. Fa abuso o ha mai fatto abuso di alcool? Sì □ No □

(se la riposta è SI all'abuso attuale, NON effettuare la raccolta)

APM27. Negli ultimi 4 mesi ha fatto uso abituale o occasionale di droghe leggere (hashish, marijuana?)Sì □ No □

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

APM28. 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 sostanze stupefacenti, steroidi o ormoni a scopo di attività sportive? Sì □ No □

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

APM29. Ha fatto o fa uso di sostanze farmacologiche e/o sostanze stupefacenti per via non endovenosa?

Sì □ No □

(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta se l'uso è abituale e continuativo, escludere per un periodo di mesi 4 in caso di uso occasionale attuale)

APM30. È mai risultata positiva 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)

APM31. 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)

APM32. È affetta o è stata affetta nell'ultimo anno da malattie a trasmissione sessuale *(clamidia, condilomatosi, infezione da HPV istologicamente documentata, linfogranuloma venereo, micoplasma genitale, herpes genitale)?*

Sì □ No □

(se la riposta è SI, specificare nello spazio note; l'herpes genitale richiede un'esclusione di 2 settimane tra la scomparsa delle vescicole e il parto; NON esclude per HPV completamente escisso e controllo negativo prima del parto; per i restanti NON effettuare la raccolta)

APM33. 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.(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta) Sì □ No □

APM34.	Ha mai avuto contatti sessuali occasionali, rapporti sessuali con soggetti trasfusi, dializzati, trapiantati, affetti da emofilia o che hanno assunto concentrati di fattori della coagulazione? Sì □ No □ *(se la riposta è SI,specificare nello spazio NOTE; NON effettuare la raccolta se il contatto/rapporto è avvenuto negli ultimi 4 mesi)*
APM35.	Negli ultimi 4 mesi ha convissuto abitualmente o occasionalmente in stretto contatto domestico con soggetti affetti da Epatite B o Epatite C *(positività per HBsAg e/o anti HCV)*? Sì □ No □ *(se la riposta è SI, specificare nello spazio NOTE; NON effettuare la raccolta)*
APM36.	È esposta per motivi professionali/accidentali a rischio biologico, chimico, radioattivo? Sì □ No □ *(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note, escludere in base ai criteri indicati al parag.12 dell'All Bsco 6.5.1-03)*
APM37.	Negli ultimi 12 mesi è stata sottoposta a: □ tatuaggi □ piercing • □ foratura orecchie □ agopuntura □ indagini endoscopiche con strumenti flessibili □ procedure che comportano l'uso di cateteri Sì □ No □ *(se la riposta è SI, specificare nello spazio NOTE; NON effettuare la raccolta se l'evento è avvenuto negli ultimi 4 mesi; NON ESCLUDERE se agopuntura con monouso certificato)*
APM38.	Negli ultimi 12 mesi si è ferita accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati di sangue o è stata accidentalmente esposta ad una contaminazione delle mucose con il sangue? Sì □ No □ *(se la riposta è SI, specificare nello spazio NOTE; NON effettuare la raccolta se l'evento è avvenuto negli ultimi 4 mesi)*
APM39.	Ha mai assunto farmaci retinoidi per il trattamento dell'acne e/o altre patologie dermatologiche? Sì □ No □ *(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note; escludere facendo riferimento alla data del concepimento con i seguenti criteri temporali: 3 anni dall'ultima dose di Etretinato (Tigason), 1 anno dall'ultima dose di Acitretinoina (Neotigason), 1 mese dall'ultima dose di Isotretinoina (Roaccutan))*
APM40.	Ha assunto farmaci durante la gravidanza oltre a ferro, ac. folico e calcio, vitamine, integratori? Sì □ No □ *(se la riposta è SI, specificare nello spazio Note; escludere in base ai criteri di selezione dell'All Bsco 6.5.1-03 parag.12)*

SE NECESSARIO, IL RACCORDO ANAMNESTICO RELATIVO ALL'ULTIMO MESE DI GRAVIDANZA VERRÁ AGGIORNATO AL MOMENTO DEL RICOVERO PER TRAVAGLIO DI PARTO

ANAMNESI OSTETRICA FISIOLOGICA E PATOLOGICA

Gravidanze pregresse

AO1. Precedenti gravidanze Sì • No •

Parto Spontaneo □ N°…. T. Cesareo □ N°….

AO2. Aborti spontanei Sì • No • N°….. Interruzioni Volontarie di Gravidanza Sì □ No □ N°…..
(***Se ≥ 3 aborti spontanei consecutivi oppure ≥ 4 aborti anche non consecutivi, NON effettuare la raccolta)***

AO3. Interruzioni Terapeutiche di Gravidanza N° …. *(specificare nei dettagli)* Sì • No •
(se la riposta è SI, escludere in base ai criteri di selezione dell'All Bsco 6.5.1-03 parag.4)

AO4. Precedenti gravidanze con Feti Nati Morti/Morti Perinatali *(specificare nei dettagli)* Sì • No •
(se la riposta è SI, escludere in base ai criteri di selezione dell'All Bsco 6.5.1-03 parag.4)

AO5. Precedenti gravidanze con Mola vescicolare completa o parziale*(specificare nei dettagli)* Sì • No •
(se la riposta è SI, NON effettuare la raccolta)

Gravidanza in atto

AO6. Gravidanza: 1°• 2°• 3°• altro • ___ *Ginecologo: Dott/Dott.ssa* _____

AO7. Settimane di gestazione: ____ Data presunta del parto __ / __ / __

AO8. Peso stimato del neonato _____ kg sesso M □ F □

AO9. Gravidanza naturale □ indotta □ medico-assistita □ *(specificare nei dettagli)* *singola* □ *gemellare* □
(NON effettuare la raccolta se non in grado di acquisire la documentazione clinica del donatore, in caso di eterologa; NON effettuare la raccolta in caso di gravidanza gemellare)

AO10. Decorso regolare Sì • No • *(specificare nei dettagli)*

AO11. Gruppo sanguigno Materno A • B • AB • 0 • Rh+ • Rh- •

AO12. Gruppo sanguigno Paterno A • B • AB • 0 • Rh+ • Rh- non noto•

AO13. Test di Coombs indiretto Sì • No • Pos • Neg • Immunoprofilassi anti-D Sì __ / __ / __ No •

AO14. Tampone vaginale Sì • No • data __ / __ / __ negativo • positivo • …….

Eventuale terapia antibiotica: _____ da __ / __ / __ a __ / __ / __

AO15. Screening infettivologico prenatale: ***(NON effettuare la raccolta in caso di IgM positive/dubbie o di infezioni attive)***

Epatite B (HBsAg, Anti HBc)	Sì •	No •	__ / __ / __		neg •	pos •				
Epatite C	Sì •	No •	__ / __ / __		neg •	pos •				
HIV 1-2	Sì •	No •	__ / __ / __		neg •	pos •				
Sifilide	Sì •	No •	__ / __ / __		neg •	pos •				
Toxoplasma	Sì •	No •	__ / __ / __	*IgG* •	neg •	pos •	*IgM* •	neg •	pos •	
Rosolia	Sì •	No •	__ / __ / __	*IgG* •	neg •	pos •	*IgM* •	neg •	pos •	
Citomegalovirus	Sì •	No •	__ / __ / __	*IgG* •	neg •	pos •	*IgM* •	neg •	pos •	
Herpes Virus	Sì •	No •	__ / __ / __	*IgG* •	neg •	pos •	*IgM* •	neg •	pos •	
Altro: ……	Sì •	No •	__ / __ / __	*IgG* •	neg •	pos •	*IgM* •	neg •	pos •	

AO16. Diagnostica fetale e Test di screening genetico

Bi-Test/Tri-Test	Sì •	No •	Rischio: ……
Amniocentesi/Villocentesi	Sì •	No •	Cariotipo fetale: normale • patologico • *(specificare nei dettagli)*
Ecografia morfologica	Sì •	No •	_____
Ecografie di routine	Sì •	No •	_____
Flussimetria doppler	Sì •	No •	_____

SPAZIO NOTE

riservato per ulteriori informazioni anamnestiche

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

La sottoscritta dichiara di aver visionato il materiale informativo, di aver risposto in maniera veritiera al questionario di cui sopra al meglio delle proprie conoscenze, essendo stata esaurientemente informata 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, …../……/……. La madre ……..
firma

L'operatore sanitario che ha raccolto l'anamnesi

……, …….. ……
Cognome e nome, qualifica *firma*