

Organizzazione con Sistema Gestione per la Qualità certificata secondo UNI EN ISO 9001:2008 – Reg. N° 4268 A

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 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, organizzare il controllo a sei mesi dopo i parto, chiedere altre informazioni, se necessario. Un operatore abilitato Vi assisterà per eventuali chiarimenti facendo riferimento ai criteri di selezione 'All BSCO 01 02 01'. 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 / /

Carta di identità n° Rilasciata da Scadenza ____ / ____ / ____

Residente a Via C.A.P.

Etnia Bianca Asiatica Nera Altro Nazionalità Italiana Altro

Telefono Cellulare email

Medico curante Tel:

Cognome e nome coniuge/partner

GIUDIZIO DI IDONEITÀ DELLA DONAZIONE SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE*Secondo i criteri di esclusione mod. BSCO 01 02 01 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 MADRE¹

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 risposta 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 risposta 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 01 02 01 Criteri di selezione alla donazione allogenica solidaristica' rev. in uso)

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: Iperparatiroidismo, 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.

ANAMNESI PERSONALE DELLA MADRE

APM1. È attualmente in buona salute? <i>(se no, specificare nello Spazio Note)</i>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è NO, escludere in base ai criteri di selezione dell'All BSCO 01-02-01)</i>	
APM2. Assume farmaci per qualche patologia? <i>(se sì, specificare nello spazio Note)</i>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, escludere in base ai criteri di selezione dell'All BSCO 01-02-01 par.12)</i>	
APM3. È donatrice di sangue?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
APM4. Ha donato precedentemente il sangue del cordone ombelicale?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, specificare le ragioni nello spazio Note e consultare l'All BSCO 01-02-01)</i>	
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?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è NO, richiedere eventuali chiarimenti ad un operatore abilitato)</i>	
APM7. È portatrice o affetta da malattie genetiche/congenite/ereditarie?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, specificare nello spazio Note e consultare l'All BSCO 01-02-01)</i>	
In particolare, ci sono casi in famiglia di talassemia e/o anemia falciforme?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, richiede consulenza per donazione dedicata in caso di figli affetti dalla patologia)</i>	
APM8. Ha mai effettuato test genetici di screening per malattie eredo-familiari?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, specificare nello spazio Note e consultare l'All BSCO 01-02-01 par.6)</i>	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(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)</i>	
<i>(se la risposta è SI, specificare nello spazio Note e consultare l'All BSCO 01-02-01 par. 8, 9, 13)</i>	
APM10. In particolare, ha mai sofferto o soffre di disturbi di natura ematologica?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(anemia, deficit del sistema immunitario, deficit di piastrine e/o della coagulazione)</i>	
Quali?	
<i>(se la risposta è SI, escludere in base alle patologie elencate al par.6 dell'All BSCO 01-02-01)</i>	
APM11. È stata mai sottoposta ad interventi chirurgici? <i>(specificare nei dettagli)</i>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quali? Quando?	
<i>(se la risposta è SI, escludere in base ai criteri indicati al par.7 dell'All BSCO 01-02-01)</i>	
APM12. Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto trasfusioni di sangue o emocomponenti? <i>(globuli rossi, plasma, piastrine)</i>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quali? Quando? Perché?.....	
<i>(se la risposta è SI, NON effettuare la raccolta se la trasfusione è avvenuta da meno di 4 mesi)</i>	
APM13. Ha ricevuto trasfusioni di sangue e/o emoderivati o è stata sottoposta ad intervento chirurgico nel Regno Unito dal 1980 al 1996?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, NON effettuare la raccolta)</i>	
APM14. Negli ultimi 12 mesi è stata curata con emoderivati? <i>(albumina, immunoglobuline, fattori coagulazione)</i>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quali? Quando? Perché?.....	
<i>(se la risposta è SI, NON effettuare la raccolta se la trasfusione è avvenuta da meno di 4 mesi; idoneità per immunoprofilassi anti-D)</i>	
APM15. È stata sottoposta a vaccinazioni o terapie desensibilizzanti nell'ultimo anno?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quali? Quando?	
<i>(se la risposta è SI, consultare l'All BSCO 01-02-01 par.11)</i>	
APM16. Ha mai effettuato terapie con estratti ipofisari di derivazione umana?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, NON effettuare la raccolta)</i>	
APM17. Ha mai effettuato terapie per l'infertilità con gonadotropine di origine umana?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, specificare terapia farmacologica nello spazio Note; effettuare la raccolta)</i>	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>(se la risposta è SI, NON effettuare la raccolta)</i>	

APM19. È mai stata sottoposta a trapianto di organo solido o di cellule staminali emopoietiche? Sì No
(se la risposta è SI, specificare nello spazio Note; valutare l'idoneità in riferimento ai criteri di esclusione al paragrafo 7 dell'All BSCO 01-02-01)

APM20. È mai stata sottoposta a trapianto di cornea, dura madre, sclera o interventi neurochirurgici non documentati? Sì No
(se la risposta 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 risposta è SI, specificare nello spazio Note; valutare l'idoneità in riferimento ai criteri di esclusione al paragrafo 7 dell'All BSCO 01-02-01)

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 risposta 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 01-02-01)

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 risposta è SI, consultare l'All BSCO 01-02-01 par.10 e All 01 02 04 Travel Index)

APM24. Al ritorno dai viaggi ha avuto febbre o altri sintomi? Sì No
(se la risposta è SI, consultare l'All BSCO 01-02-01 par.10 e All 01 02 04 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 risposta è SI, specificare nello spazio Note; effettuare la raccolta)

APM26. Fa abuso o ha mai fatto abuso di alcool? Sì No
(se la risposta 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 risposta 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 risposta 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 risposta 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 risposta 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? • macchie blu o viola su pelle e mucose?
 • sudorazione notturna o di febbri di natura ignota? • perdita inspiegata di peso negli ultimi tempi?
 diarrea persistente? tosse o affanno persistenti?
 rush cutaneo? debolezza muscolare? Sì No
(se la risposta 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 risposta 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. Sì No
(se la risposta è SI, NON effettuare la raccolta)

APM34. Negli ultimi 12 mesi ha avuto contatti sessuali occasionali, rapporti sessuali con soggetti trasfusi, dializzati, trapiantati? Sì No
(se la risposta 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 risposta 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 risposta è SI, specificare nello spazio Note, escludere in base ai criteri indicati al parag.12 dell'All BSCO01-02-01)

APM37. Negli ultimi 4 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 risposta è SI, specificare nello spazio Note; NON ESCLUDERE se agopuntura con monouso certificato)

APM38. Negli ultimi 4 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 risposta è SI, specificare nello spazio Note, NON effettuare la raccolta)

APM39. Ha mai assunto farmaci retinoidi per il trattamento dell'acne e/o altre patologie dermatologiche? Sì No
(se la risposta 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 risposta è SI, specificare nello spazio Note; escludere in base ai criteri di selezione dell'All BSCO 01-02-01 parag.12)

SE NECESSARIO, IL RACCORDO ANAMNESTICO RELATIVO ALL'ULTIMO MESE DI GRAVIDANZA VERRÀ 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 risposta è SI, escludere in base ai criteri di selezione dell'All BSCO 01-02-01 parag.4)
- AO4. Precedenti gravidanze con Feti Nati Morti/Morti Perinatali *(specificare nei dettagli)* Sì • No •
(se la risposta è SI, escludere in base ai criteri di selezione dell'All BSCO 01-02-01 parag.4)
- AO5. Precedenti gravidanze con Mola vescicolare completa o parziale *(specificare nei dettagli)* Sì • No •
(se la risposta 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 • _____

(NON effettuare la raccolta se rilevate condizioni patologiche in base ai criteri di selezione del parag. 3 dell'Al BSCO 01-02-01)

SPAZIO NOTE

riservato per ulteriori informazioni anamnestiche

Quesito N°	Dettagli	Revisione Banca Idoneità
		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> 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