

## 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 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: APP9).**

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.....e-mail.....

Medico curante..... Tel.: .....

Cognome e nome coniuge/partner.....

**ANAMNESI FAMILIARE DEL PADRE<sup>1</sup>**

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

<sup>1</sup> 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 ( $\alpha$  o  $\beta$ ). **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 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.



APP12. È stato sottoposto 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 del paragrafo 7 dell'All BSCO 01-02-01)**

APP13. È stato sottoposto a trapianto di organi o di cellule e/o innesti di tessuti 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; paragrafo 7 l'All BSCO 01-02-01)**

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 risposta 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 risposta 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?  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)**

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

APP19. Al ritorno dai viaggi ha avuto febbre o altri sintomi? Sì  No   
**(se la risposta è SI, consultare l'All BSCO 01-02-01 paragrafo 10 e All 01 02 04 Travel Index)**

### SPAZIO NOTE

*riservato per ulteriori informazioni anamnestiche*

Quesito N°	Dettagli	Idoneità Revisione Banca
		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> 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, ...../...../..... Il Padre.....  
*firma*

L'operatore sanitario che ha raccolto l'anamnesi

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