

**Scheda di Selezione Anamnestica**

Madre del donatore: Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Padre del donatore: Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Professione madre \_\_\_\_\_ Professione padre \_\_\_\_\_

N. telefonico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_

C.F. madre: \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno della madre \_\_\_\_\_

**1) ANAMNESI FAMILIARE**

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

NO: Escludere dalla donazione. SI: Proseguire nel questionario

b) **Nazione o regione italiana di origine dei genitori:**

MADRE: ..... PARTNER: .....

c) **Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella del padre del bambino o tra i vostri genitori, nonni naturali del nascituro?** SI  NO

Se si specificare e valutare come da IO01RAC.....  
.....

**2) FAMIGLIA MATERNA**

**Sono note malattie ereditarie, genetiche, immunologiche o patologie particolari?**

- Ematologiche: (talassemia, anemia falciforme, sferocitosi, favismo, piastrinopatie)  
escludere per 3 casi nella famiglia o 2 casi in entrambe le famiglie
- Immunitarie: (deficit immunitari, SCID, ADA, ...).
- Autoimmuni: (lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, anemia emolitica, piastrinopenia autoimmune, psoriasi con artropatie, sclerosi multipla, diabete infantile, tiroidite autoimmune....).
- Metaboliche: (malattie di Gaucher, mucopolisaccaridosi, ...)
- Malattie oncoematologiche: (leucemie, linfomi, anemie, piastrinopenie, mielodisplasie)
- Malattie tumorali (escludere per 4 casi della stessa neoplasia)
- Malattie infettive: (epatite B, epatite C, HIV)
- Malattie genetiche

SI  NO  Se SI specificare quale patologia e chi ne è affetto (valutare secondo la IO01RAC)

.....  
.....  
.....  
.....

**3) FAMIGLIA PATERNA (le notizie sono riferite da .....)**

**Sono note malattie ereditarie, genetiche, immunologiche o patologie particolari?**

(Specificare, utilizzando come riferimento l'elenco di patologie riportato al paragrafo 2):

SI  NO  Se SI specificare quale patologia e chi ne è affetto (valutare secondo la IO01RAC)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Scheda di Selezione Anamnestica**

**4) ANAMNESI MATERNA**

SI NO

- E' attualmente in buona salute?**
- E' mai stata ricoverata in ospedale? Per quali malattie? .....**
- Ha mai fatto uso di stupefacenti?** Se endovenosi o uso continuativo escludere
- Fa uso di alcolici?** Escludere se alcolismo cronico
- Fa uso di steroidi od ormoni non sintetici?** Se SI escludere.
- Si è sottoposta ad agopuntura, tatuaggi o piercing non con materiale sterile monouso?** Se SI, escludere se negli ultimi 4 mesi
- Si è sottoposta a trapianto di organi o cellule staminali/xenotrapianti?**  
Se SI escludere.
- Si è sottoposta a trapianto di cellule e tessuti umani?** Se SI valutare la patologia motivo di trapianto. Escludere se meno di 4 mesi dal parto.
- Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue/emoderivati (plasma, concentrati piastrinici, immunoprofilassi con gammaglobuline ad eccezione di anti-D)?**  
Se SI, escludere se entro 4 mesi e specificare quando e se all'estero.
- Ha avuto aborti o altre gravidanze in precedenza?**  
Specificare (valutare secondo IO03RAC).....
- Per le gravidanze a termine, gli altri figli sono in buona salute?**
- Ha effettuato viaggi all'estero?** Se si specificare luogo e data, valutare eventuali malattie tropicali.
- Ha effettuato viaggi in zone malariche?** Se si accettare con test neg. o se da più di 12 mesi.
- Ha vissuto in zona malarica per più di 6 mesi consecutivi o ha avuto diagnosi di malaria ?** Accettare solo se test immunologico negativo.
- Ha soggiornato nel Regno Unito per un periodo cumulativo superiore ai sei mesi dal 1980 al 1996?** Se si specificare periodo di permanenza
- E' mai stata esposta, a sostanze tossiche, come cianuro, oro, amianto, piombo mercurio, pesticidi? Prodotti potenzialmente infetti? Radiazioni?**
- Ha avuto comportamenti sessuali a rischio per malattie a trasmissione sessuale?** In particolare ha mai avuto rapporti sessuali con partner positivi per l'epatite B, C o HIV, o che facessero uso di stupefacenti? (Se SI, escludere dalla donazione)

**È stata mai affetta o è attualmente portatrice di una delle seguenti malattie?**

Se SI, valutare in base alla IO01RAC (alcune patologie accettabili se solo uno dei due partner è portatore)

SI NO

- Malattie veneree** (sifilide, gonorrea, HPV)
- Malattie genetiche o congenite** (valutare se X linked)
- Malattie autoimmuni o immunologiche sistemiche**  
(Tiroidite di Hashimoto, Morbo di Basedow) (la malattia celiaca è accettabile)
- Malattie ematologiche: congenite, genetiche, neoplastiche, acquisite**
- Coagulopatia congenita o acquisita**
- Neoplasie maligne**
- Afezioni gastrointestinali, epatiche, renali, cardiovascolari, dermatologiche, metaboliche o respiratorie, endocrine**
- Malattie del sistema nervoso centrale, psichiatriche**
- Malattie infettive: HIV1-2, Epatite B, Epatite C, HTLV I/II**
- Tubercolosi con patologia d'organo, Babesiosi, Lebbra, Sifilide, Chagas, Leishmaniosi, Epatite ndd**
- Encefalopatia Spongiforme Trasmissibile (TSE)**

Se SI specificare patologia, età di insorgenza e prognosi.....

**Scheda di Selezione Anamnestica**

**5) ANAMNESI PATERNA** (le notizie sono riferite da .....

SI NO

- E' attualmente in buona salute?***
- E' mai stato ricoverato in ospedale? Per quali malattie?** .....*

- Ha mai fatto uso di stupefacenti? ...***  
Se endovenosi o uso continuativo escludere dalla donazione.
- Fa uso di steroidi od ormoni non sintetici?*** Se SI escludere.
- Si è sottoposto a trapianto di organi o cellule staminali/xenotrapianti?***  
Se SI escludere.
- Ha avuto comportamenti sessuali a rischio per malattie a trasmissione sessuale?*** In particolare ha mai avuto rapporti sessuali con partner positivi per l'epatite B, C o HIV, o che facessero uso di stupefacenti? (Se SI, escludere dalla donazione)

**È stato mai affetto o è attualmente portatore di una delle seguenti malattie?**

Se SI, valutare in base alla IO01RAC (alcune patologie accettabili se solo uno dei due partner è portatore)

SI NO

- Malattie genetiche o congenite*
- Malattie autoimmuni o immunologiche sistemiche*  
(Tiroidite di Hashimoto, Morbo di Basedow) (la malattia celiaca è accettabile)
- Malattie ematologiche: congenite, genetiche, neoplastiche, acquisite*
- Coagulopatia congenita o acquisita*
- Neoplasie maligne*
- Affezioni gastrointestinali, epatiche, renali, cardiovascolari, dermatologiche, metaboliche o respiratorie, endocrine*
- Malattie del sistema nervoso centrale*
- Malattie infettive: HIV1-2, Epatite B, Epatite C, HTLV I/II*
- Tubercolosi con patologia d'organo, Babesiosi, Lebbra, Sifilide, Chagas, Leishmaniosi, Epatite ndd*
- Encefalopatia Spongiforme Trasmissibile*

Se SI specificare patologia, età di insorgenza e prognosi.....  
.....  
.....

**NOTE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Scheda di Selezione Anamnestica**

**6) INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GRAVIDANZA**

**La fecondazione è stata:** naturale  assistita

**In caso di fecondazione assistita: quale tipo?**.....

Escludere se utilizzo di gameti da donatore senza informazioni documentate.

**Sono state utilizzate gonadotropine corioniche di origine umana? Quali?**.....

SI NO

**La gravidanza ha avuto complicanze?**(gestosi gravidica, diatesi trombofilica, distacco placenta) Se SI specificare e valutare esclusione.....

**Ha assunto farmaci particolari (escludendo integratori, ecc.)/è stata sottoposta a vaccinazioni durante la gravidanza?** (Se SI, segnalare specificando la patologia).....

**E' affetta da diabete gestazionale ?**

Se si specificare la terapia ed escludere se associato a complicanze

**E' stato effettuato il tampone vaginale in gravidanza? Se si specificare esito.**

**Quali esami per lo screening infettivologico ha eseguito durante la gravidanza?**

(Allegare referti quando disponibili)

SI NO

**Il ginecologo ha confermato che il risultato degli esami eseguiti è normale?**

Se NO specificare .....

**Sono comparse o si sono ripresentate malattie infettive?** (Es. toxo, CMV, rosolia, varicella) Se SI, quali ed escludere dalla donazione .....

**Ha eseguito esami per lo studio del cariotipo del nascituro o per altri motivi (villi coriali, amniocentesi)?** (escludere se esito non normale ) .....

**Le ecografie di controllo hanno evidenziato anomalie strutturali del feto e/o ritardo di crescita?**

Se SI, quali e valutare secondo la IO01RAC.....

**NOTE**.....

**Il Referente**

Qualifica: .....

Nome : .....

Firma:.....

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

**La Madre del donatore**

Sig.ra .....

**Il padre del donatore (se disponibile)**

Sig. ....

A CURA DI PDCBB

<b>Padova Cord Blood Bank</b>	
Preso visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico dalla madre donatrice	
<b>dichiaro</b>	
<b>l'idoneità / l'inidoneità</b>	
al bancaggio di SCO allogenico solidaristica, in accordo ai criteri di eleggibilità previsti dalla normativa italiana vigente,	
Responsabile medico PDCBB.....	
Firma:.....	Data.....