

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

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

Padova Cord Blood Bank

Preso visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico dalla madre donatrice
dichiaro

l'idoneità / l'inidoneità

al bancaggio di SCO allogenico solidaristica, in accordo ai criteri di eleggibilità previsti dalla normativa italiana vigente,

Responsabile medico PDCBB.....

Firma:.....Data.....