



Dipartimento Area dei Servizi – SC Medicina Trasfusionale
Milano Cord Blood Bank
Tel. 02.5503.4087-4071 – Fax 02.5503.4050 – E-Mail: micb@policlinico.mi.it

VERIFICA: QMS
APPROVAZIONE: RS

DONAZIONE ALLOGENICA DEL SANGUE CORDONALE PER USO NON DEDICATO (UNRELATED) - QUESTIONARIO ANAMNESTICO DA SOTTOPORRE AL PADRE DEL NEONATO

All'attenzione del padre. Per valutare l'idoneità all'uso clinico è necessario raccogliere la storia clinica e familiare della madre e del padre del neonato, per la valutazione del rischio di trasmissione di patologie con il sangue da cordone ombelicale. Per valutare con maggior sicurezza il rischio di trasmettere patologie ad un potenziale ricevente, e contestualmente garantire la riservatezza, è più sicuro raccogliere la storia clinica del padre direttamente dal padre. Pertanto, La invitiamo a compilare con l'intervistatore abilitato il presente modulo, anche se ha già compilato il questionario anamnestico insieme alla madre del neonato. Le informazioni raccolte sono considerate strettamente confidenziali e il presente questionario sarà conservato presso la Milano Cord Blood Bank (MICB), che qualora lo ritenga necessario, può contattare al numero 0255034087. La sollecitiamo a rivolgere tutte le sue domande all'operatore abilitato che raccoglie la sua storia clinica.

Codice identificativo
dell'unità raccolta
Applicare l'etichetta con
barcode fornita dalla MICB (a
cura di chi effettua la raccolta di
sangue da cordone ombelicale)

Centro di Raccolta

Informazioni personali e contatti

Padre del neonato	Cognome _____	Nome _____
Data di nascita	____/____/____	Gruppo sanguigno _____ CF _____
Indirizzo	Via _____ N. _____	CAP _____ Città _____
Provincia	_____	Telefono/i _____ e-mail _____

Istruzioni per l'operatore sanitario che raccoglie l'anamnesi.

Per sapere se la risposta fornita identifica un criterio di esclusione, l'operatore sanitario deve consultare la tabella 'Criteri per la selezione della coppia donatrice di sangue del cordone ombelicale' e l'allegato 'Guida alla selezione della coppia donatrice di sangue del cordone ombelicale', documenti forniti dalla Milano Cord Blood Bank, disponibili presso il proprio Centro di Raccolta.

Anamnesi del padre del neonato

Le seguenti domande sono formulate allo scopo di determinare se sussistono **criteri di esclusione permanente** alla donazione allogenica di sangue del cordone ombelicale, ad uso solidaristico.

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
1. È affetto da malattie genetiche o congenite ? Se SI Quali? _____			
2. Ha fatto uno screening genetico? Se SI Risultato _____			
3. È affetto da malattie autoimmuni o immunologiche sistemiche compresa la tiroidite autoimmune di Hashimoto? Se SI Quali? _____ <i>N.B. La celiachia non è criterio di esclusione se il soggetto segue una dieta priva di glutine.</i>			
4. È affetto da afezioni ematologiche congenite, genetiche, neoplastiche, acquisite a carico della serie bianca, delle piastrine, della serie rossa? Se SI Quali? _____			
5. È affetto da emoglobinopatie ? Se SI Quali? _____ <i>N.B. se uno solo dei genitori è portatore di Beta- talassemia non è un criterio di esclusione.</i>			
6. È affetto da enzimopatie ? Se SI Quali? _____ <i>N.B. se il padre ha il deficit di G6PD e il nascituro è maschio non è un criterio di esclusione.</i>			
7. È affetto da patologie ereditarie dei globuli rossi ? Se SI Quali? _____ <i>N.B. se indagine genetica sul nascituro ha escluso la patologia non è criterio di esclusione.</i>			
8. È affetto da coagulopatia congenita o acquisita ? Se SI Quali? _____ <i>Se uno solo dei genitori è portatore di mutazione di un fattore predisponente per eventi trombotici non è un criterio di esclusione in assenza di manifestazioni cliniche conclamate.</i>			
9. È affetto da neoplasie maligne : tumori solidi ad esclusione del carcinoma in situ con guarigione completa e dei casi previsti dalla normativa vigente? Se SI Quali? _____			
10. È stato sottoposto a trattamento con radioterapia o con chemioterapici/antiblastici? Se SI Quali? _____			
11. È affetto da afezioni gastrointestinali, epatiche, urogenitali, renali, cardiovascolari, dermatologiche, metaboliche o respiratorie, endocrine ? Se SI Quali? _____ La genesi di tali afezioni è tumorale, immunologica o autoimmune? Rispondere SI o NO ____ Se SI quale? _____ Tali afezioni richiedono terapia farmacologica sistemica steroidea, immunomodulante, chemioterapica/antiblastica? Rispondere SI o NO ____ Se SI quale? _____ <i>N.B. la risposta SI alle ultime due domande esclude sempre.</i>			
12. È affetto da malattie organiche del sistema nervoso centrale : grave afezioni attive, croniche o recidivanti? Se SI Quali? _____ La genesi di tali afezioni è tumorale, immunologica o autoimmune? Rispondere SI o NO ____ Se SI quale? _____ Tali afezioni richiedono terapia farmacologica sistemica steroidea, immunomodulante, chemioterapica/antiblastica? Rispondere SI o NO ____ Se SI quale? _____ <i>N.B. la risposta SI alle ultime due domande esclude sempre.</i>			





Dipartimento Area dei Servizi – SC Medicina Trasfusionale
Milano Cord Blood Bank

Tel. 02.5503.4087-4071 – Fax 02.5503.4050 – E-Mail: micb@policlinico.mi.it

VERIFICA: QMS
APPROVAZIONE: RS

Codice identificativo
dell'unità raccolta
Applicare l'etichetta con
barcode fornita dalla MICB (a
cura di chi effettua la raccolta di
sangue da cordone ombelicale)

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
13. È affetto da epilessia che richiede terapia cronica con anticonvulsivanti?			
14. È affetto da malattie psichiatriche in trattamento farmacologico?			
15. È affetto o è stato affetto da malattie infettive in particolare: Epatite C, Epatite B, HIV 1-2, HTLV I/II? Se SI Quali? _____ Quando? _____			
16. Ha avuto risultati positivi al test HBsAg, anti-HCV, anti-HIV 1-2, anti-HTLV I/II, anti-Treponema pallidum (o altro test per la valutazione della sifilide)? Se SI Quale? _____			
17. È affetto da tubercolosi con patologia d'organo? Babesiosi? Lebbra? Kala Azar (Leishmaniosi viscerale)? Trypanosoma Cruzi (Malattia di Chagas)? Sifilide? Epatite ad eziologia indeterminata? Se SI Quali? _____			
18. Encefalopatia Spongiforme Trasmissibile (TSE) per esempio Malattia di Creutzfeld-Jakob (CJD) e nuova variante della Malattia di Creutzfeld-Jakob			
18.1 Ha antecedenti familiari che comportano un rischio di contrarre TSE, in particolare familiari affetti da TSE o da demenza familiare mortale? Se SI indicare il familiare _____			
18.2 Le sono state diagnosticate malattie causate da prioni come la TSE? Il morbo di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o una sua variante? Se SI Quale? _____			
19. È ricevente di xenotrapianto ?			
20. È ricevente di innesti di tessuti/cellule o prodotti di derivazione animale , non autorizzati all'uso e, laddove è previsto, certificati esenti da BSE, da parte delle autorità competenti? Se SI Quale? _____			
21. È ricevente di trapianto di organo solido o di cellule staminali emopoietiche ? Se SI Quale? _____			
22. Ha assunto sostanze farmacologiche per via intramuscolare (IM), endovenosa (EV) o tramite strumenti in grado di trasmettere malattie infettive: ogni uso attuale o pregresso non prescritto di sostanze farmacologiche o principi attivi comprese sostanze stupefacenti, steroidi od ormoni a scopo di attività sportive?			
23. Ha assunto sostanze farmacologiche per via non endovenosa? Se SI indicare tipo di stupefacente _____, quando _____ per quanto tempo _____ via di assunzione _____ <i>N.B. se assunte in un lontano passato e occasionalmente potrebbe non essere un criterio di esclusione permanente</i>			
24. Comportamento sessuale: rapporti sessuali che espongono ad alto rischio di contrarre gravi malattie infettive trasmissibili con il sangue			
24.1 Ha avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'HIV o a rischio di esserlo?			
24.2 Ha avuto rapporti sessuali con un partner sessuale HBV+ o HCV+?			
24.3 Ha avuto rapporti sessuali con un partner che ha avuto precedenti comportamenti sessuali a rischio o del quale la madre/il padre ignora le abitudini sessuali?			
24.4 Ha avuto rapporti sessuali con un partner occasionale?			
24.5 Ha avuto rapporti sessuali con più partner?			
24.6 Ha avuto rapporti sessuali con soggetti tossicodipendenti?			
24.7 Ha avuto rapporti sessuali con scambio di denaro e droga?			
24.8 Ha avuto rapporti sessuali con partner, di cui non sia noto lo stato sierologico, nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa?			
25. È stato esposto a sostanze tossiche e metalli pesanti (cianuro, piombo, mercurio, oro, pesticidi) che possano essere trasmesse al ricevente in quantità tali da poterne compromettere la salute? Se SI quale sostanza _____, quando _____, dose di esposizione _____			
26. Altre sostanze che possano essere trasmesse al ricevente in quantità tali da poterne compromettere la salute? Se SI quale sostanza _____, quando _____, dose di esposizione _____, dispositivi di protezione individuale utilizzati _____, sistemi di sicurezza adottati _____ <i>N.B. potrebbe non essere un criterio di esclusione permanente</i>			

Dichiaro di essere stato informato sul significato delle domande e di essere consapevole che le informazioni fornite costituiscono un elemento fondamentale per la mia sicurezza e per quella del ricevente. Dichiaro di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti.

Data di compilazione ____/____/____ Firma del padre del neonato _____

Informazioni raccolte da: Cognome e Nome _____ Qualifica _____ Firma _____

Cognome Nome e Firma dell'eventuale mediatore culturale, se pertinente _____

(i membri della famiglia non possono fungere da traduttori o interpreti)

