

## SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI MATERNA (MOD.CBB.015)

SCO N° \_\_\_\_\_

(a cura della UNICATT Cord Blood Bank)

**N. B. E' importante che la raccolta dell'anamnesi sia effettuata in idonee condizioni di riservatezza.**

**Centro di raccolta:** Sala Parto Ospedale Isola Tiberina-Gemelli Isola: Tel. 06-6837258

Data presunta del parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Settimana di gestazione: \_\_\_\_\_

Anamnesi di **arruolamento**, ottenuta in data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Esito anamnesi: NEGATIVO  POSITIVO

Note: \_\_\_\_\_

L'intervistatore: Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Medico  Ostetrica;  Altra qualifica: \_\_\_\_\_ Firma

### Finalità della donazione:

o uso allogenico non correlato, o non effettuabile, o ricerca, o uso autologo, (DEDICATA al neonato stesso)

o uso allogenico correlato (DEDICATA): \_\_\_\_\_ (indicare il ricevente)

Anamnesi al **follow up**, ottenuta in data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Esito anamnesi: NEGATIVO  POSITIVO

Note: \_\_\_\_\_

L'intervistatore: Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Medico  Ostetrica;  Altra qualifica: \_\_\_\_\_ Firma

Verifica dell'anamnesi al **rilascio per uso clinico** dell'unità risultata compatibile con il paziente

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ il sig/la sig.ra \_\_\_\_\_ padre/madre di \_\_\_\_\_

è stata contattato/a telefonicamente da \_\_\_\_\_  Medico ;  Altra qualifica: \_\_\_\_\_

Lo stato di salute del bambino è stato verificato?  SI ;  NO, se no indicare il motivo \_\_\_\_\_

Se SI, il bambino ha sviluppato qualche patologia?  NO; Se SI, quale \_\_\_\_\_

Constatato lo stato di buona salute del bambino:

- si autorizza l'uso clinico dell'unità SCO
- non si autorizza l'uso clinico dell'unità SCO (indicare motivo: \_\_\_\_\_)

Firma del Direttore Medico o suo delegato \_\_\_\_\_

### Madre del neonato:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Prov. (o Stato): \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

## SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI MATERNA (MOD.CBB.015)

<b>Origine etnica:</b>			
Caucasica: <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Nord America <input type="checkbox"/> Costa Nord Africa <input type="checkbox"/> Altro			
Asiatica: <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> Filippine <input type="checkbox"/> Giappone			
Nera: <input type="checkbox"/> Africa <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Caraibi			
Ispanica: <input type="checkbox"/> Centro America <input type="checkbox"/> Sud America			
Luogo di nascita di Suo padre (nazione o - se in Italia - regione):			
Luogo di nascita di Sua madre (nazione o - se in Italia - regione):			
<i>Nel campo note segnare osservazioni, notizie aggiuntive, motivazioni, specificazioni ecc.</i>			
<b>INFORMAZIONI GENERALI</b>			
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Note:</b>
01. È figlia adottiva?			
02. Esiste un grado di parentela fra Lei e il padre del neonato? Se sì, quale?			
03. È donatrice di sangue?			
04. Se sì, è stata mai sospesa dalla donazione di sangue? Per quale motivo?			
05. Se donatrice di sangue, è stata mai coinvolta in un caso di epatite post-trasfusionale o in una procedura di look-back?			
06. Ha già donato il sangue placentare?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sì, quando?</li> <li>• Che Lei sappia, la raccolta è stata ritenuta idonea per il congelamento? Se no, perché?</li> </ul>			
<b>ANAMNESI MATERNA</b>			
<b>Nel corso della sua vita è stata mai affetta da una delle seguenti patologie/condizioni morbose?</b> <i>(Specificare sempre il tipo di patologia e l'anno in cui è stata diagnosticata)</i>			
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Note:</b>
07. Malattie autoimmuni (LES, artrite reumatoide, tiroidite di Hashimoto)			
08. Gravi deficit del sistema immunitario			
09. Gravi reazioni allergiche (es. farmaci)			
10. Malattie neurologiche (es. epilessia), psichiatriche, demenza			
11. Malattie del cuore e dei vasi			
12. Malattie dell'apparato digerente (rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn, pancreatite, infezione da Helicobacter Pylori, ecc)			
13. Epatite cronica e/o cirrosi epatica e/o storia di transaminasi elevate			
14. Malattie della pelle			
15. Anemie congenite: anemia di Fanconi, anemia di Diamond-Blackfan, ... Emoglobinopatie: anemia mediterranea, drepanocitosi, ecc			
16. Anemie emolitiche ereditarie: deficit di piruvato chinasi, deficit di G6PDH (favismo). Anemie da deficit di membrana: sferocitosi ereditaria			
17. Patologie delle piastrine			
18. Patologie della coagulazione: trombofilie, emofilia, ecc			
19. Malattie del sistema uro-genitale e renali (es. glomerulonefrite)			
20. Diabete			
21. Malattie del sistema endocrino			
22. Malattie dell'apparato respiratorio			
23. Malattie genetiche e/o congenite			
24. Malattie metaboliche e/o da accumulo			
25. Tumori maligni e/o benigni			
26. E' stata mai esposta a sostanze tossiche?			
27. Ha mai assunto farmaci che potessero avere effetti sul feto (es. retinoidi per la terapia dell'acne, ecc?)			

## SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI MATERNA (MOD.CBB.015)

Nel corso della sua vita:			
	Si	No	Note:
28. Ha mai ricevuto per via intramuscolare o endovenosa sostanze farmacologiche senza prescrizione medica, inclusi steroidi od ormoni a scopo di attività sportiva?			
29. Hai mai fatto uso di sostanze stupefacenti per via intramuscolare e/o endovenosa?			
30. I suoi precedenti partner facevano uso di droghe?			
31. Hai mai avuto rapporti sessuali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in cambio di droga e/o denaro?</li> <li>• con partner risultati positivi a test per HBV, HCV e HIV o a rischio di esserlo?</li> <li>• con partner con comportamenti sessuali a rischio o abitudini sessuali ignote?</li> <li>• con partner occasionale?</li> <li>• con partner nato/proveniente da paesi ad alto rischio per la trasmissione di HIV e di cui non sia noto lo stato sierologico?</li> <li>• con soggetti tossicodipendenti?</li> </ul>			
32. Assume abitualmente alcolici?			
33. Ha mai subito ricoveri in ospedale? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se si, per quale patologia?</li> <li>• Quando e per quanto tempo?</li> </ul>			
34. È mai stata sottoposta a interventi chirurgici? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se si, specificare:</li> </ul>			
35. È stata sottoposta a trapianto di cornea, della sclera e/o dura madre?			
36. È stata sottoposta a trapianto di tessuti od organi, incluso cellule staminali ematopoietiche?			
37. È stata mai sottoposta a trapianto con tessuti/cellule animali? Ha mai ricevuto prodotti di derivazione animale?			
38. È stata sottoposta a trasfusioni di sangue, emocomponenti (globuli rossi, plasma, concentrati piastrinici) o emoderivati (immunoglobuline, fattori della coagulazione) in Gran Bretagna dal 1980 al 1996 o con sangue proveniente dalla Gran Bretagna? È stata sottoposta a trasfusioni di sangue, emocomponenti (globuli rossi, plasma, concentrati piastrinici) in zone a rischio per la trasmissione di T.Cruzi (Messico, Centro America, Sud America)?			
39. È stata mai sottoposta ad interventi chirurgici in Gran Bretagna dal 1980 al 1996?			
40. È stata mai sottoposta a terapia con ormone della crescita e/o altri ormoni estratti da ipofisi umana?			
41. È mai stata affetta da malattia di Creutzfeldt-Jakob o da demenza a rapida progressione o di origine sconosciuta?			
42. Nella sua famiglia ci sono casi di malattia di Creutzfeldt-Jakob, da demenza di origine sconosciuta, casi di insonnia familiare mortale?			
43. Ha soggiornato nel Regno Unito, per oltre 6 mesi anche non consecutivi, nel periodo dal 1980 al 1996?			
44. È stata vaccinata (oltre che per legge)? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se si, che tipo di vaccinazione?</li> <li>• Quando?</li> </ul>			
45. È mai stata affetta da epatite A, B, C, D, E, G? oppure da epatite da causa non note? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se si, quando?</li> <li>• Tipo di epatite?</li> </ul>			
46. È mai stata affetta da AIDS? Positività per HIV?			
47. Le è mai stata riscontrata una positività al test dell'HTLV I-II?			

## SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI MATERNA (MOD.CBB.015)

	Si	No	Note:
48. È mai stata affetta da malattie a trasmissione sessuale quali: sifilide, clamidia, Herpes genitalis, condilomatosi, linfogranuloma venereo, micoplasma, HPV, altro?			
49. È mai stata affetta da altre malattie infettive quali tubercolosi, babesiosi, lebbra, malattia di Chagas, leishmaniosi, osteomielite, febbre reumatica, toxoplasmosi, brucellosi, mononucleosi, malattia di Lyme, febbre Q, infezione da citomegalovirus, parotite, rosolia, altro?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specificare il tipo:</li> <li>• Quando?</li> </ul>			
50. Ha mai vissuto per un periodo maggiore di sei mesi fuori dall'Italia?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sì, quando e dove?</li> </ul>			
51. Negli ultimi <b>dodici mesi</b> ha effettuato viaggi?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sì, quando e dove?</li> </ul>			
52. Ha mai viaggiato in aree rurali a rischio per la trasmissione di T.Cruzi (Messico, Centro America, Sud America) e fatto trekking e/o campeggio?			
53. Ha mai sofferto di malaria e/o episodi febbrili non diagnosticati compatibili con la diagnosi di malaria?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sì, quando?</li> </ul>			
54. È stata mai sottoposta a profilassi antimalarica? o altre profilassi?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sì, specificare quali?</li> <li>• Quando?</li> </ul>			
<b>Negli ultimi quattro mesi:</b> (indicare comunque quando)			
	Si	No	Note:
55. Si è sottoposta ad agopuntura, tatuaggi, piercing, foratura delle orecchie, cure odontoiatriche, mesoterapia?			
56. È venuta a contatto con sangue di altre persone o si è ferita con oggetti contaminato dal sangue di altre persona?			
57. Ha avuto comportamenti sessuali a rischio? (partner occasionali?)			
58. È stata sottoposta a procedure endoscopiche (gastroscopia, colonscopia, ...) ?			
59. Vive o ha vissuto occasionalmente con soggetti affetti da epatite infettiva? o malattie esantematiche (morbillo, varicella, ecc)?			
60. È stata sottoposta ad interventi chirurgici?			
61. È stata sottoposta a trasfusioni di sangue, emocomponenti (plasma, concentrati piastrinici) o emoderivati (immunoglobuline, fattori della coagulazione) inclusa l'immunoprofilassi anti-D?			
62. Ha avuto affezioni di tipo influenzale o batterico?			

### ANAMNESI FAMILIARE

*Nel compilare il questionario considerare le seguenti categorie di parentela: fratelli/sorelle del neonato, padre del neonato, nonni/e materni/e, zii/e materni/e del neonato.*

*In caso affermativo indicare il grado di parentela (zio/a, nonno/a, ecc.)*

63. Qualcuno dei suoi parenti, **inclusi altri figli**, è o è stato affetto da una delle patologie di seguito elencate?

	Si	No	Note:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie neoplastiche (tumori)</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie del sangue (globuli rossi): talassemia, anemia di Fanconi, carenza di G6PD, ecc.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie del sangue (globuli bianchi): malattia granulomatosa cronica, sindrome di Wiskott-Aldrich, etc.</li> </ul>			



## SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI MATERNA (MOD.CBB.015)

### Anamnesi ostetrica progressa e dell'attuale gravidanza (Compilazione a cura del responsabile della selezione)

Ginecologo curante: \_\_\_\_\_  esterna  Ambulatorio UCSC

Anamnesi ostetrica progressa			
Gravidanze (n° totali)		Parità:	
	Numero	Data	Eventuali patologie/cause aborto (se note)
IVG			
ITG			
Aborto spontaneo (o MEF)			
Figli		Indicare se affetti da patologie:	

Anamnesi ostetrica della gravidanza attuale	
<input type="checkbox"/> Naturale <input type="checkbox"/> Indotta <input type="checkbox"/> Fecondazione artificiale (specificare tipo: _____) Omologa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Indicare se è stata effettuata una stimolazione con gonadotropine corioniche di origine umana (nome del preparato-farmaco e dosaggio)	
Data ultima mestruazione: ____/____/____	Decorso gravidanza: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico
Infezioni contratte durante la gravidanza	
Anamnesi farmacologica in gravidanza	
<b>Esame per il rischio di malformazioni:</b>	
<input type="checkbox"/> Bi-Test	Esito: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico _____
<input type="checkbox"/> Villocentesi	Esito: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico _____
<input type="checkbox"/> Amniocentesi	Esito: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico _____
<input type="checkbox"/> Ecografie	Esito: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico _____
<input type="checkbox"/> Altro	_____

	Negativo	Positivo	Tipo di positività	Non noto	Note
HBsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
HCV-Ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
HIV 1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
TPHA/VDRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
Rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
Toxoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
HHV 1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
VZV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	

Tampone vaginale:  Non eseguito  Eseguito: data \_\_\_\_\_

esito:  negativo  positivo \_\_\_\_\_

Screenig emoglobinopatie:  eseguito  non eseguito  normale  varianti: \_\_\_\_\_

Se disponibile, allegare copia della documentazione.

## SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI MATERNA (MOD.CBB.015)

### INFORMAZIONI SULLE FINALITÀ DEL QUESTIONARIO E SULLE MALATTIE TRASMISSIBILI (EPATITE E AIDS)

*Il donatore deve essere consapevole che il sangue di cordone ombelicale è destinato alla cura di pazienti e ha, pertanto, una profonda responsabilità nel garantire loro una terapia sicura.*

*In particolare, deve comprendere che alcuni comportamenti lo espongono al rischio di infezioni trasmissibili con il sangue tra le quali AIDS ed epatite. Questi sono rappresentati da:*

- *rapporti omosessuali o eterosessuali con persone a rischio (tossicodipendenti, prostitute/i, portatori di epatite o AIDS o persone sconosciute);*
- *frequente cambio del partner sessuale;*
- *rapporti sessuali in cambio di denaro e/o droga;*
- *uso di droghe;*
- *contatto con sangue altrui.*

*Il donatore deve essere cosciente che le informazioni fornite mediante le risposte al questionario sono importanti in quanto esiste la possibilità che gli esami di laboratorio non siano in grado di evidenziare un'infezione da lui appena contratta.*

**DICHIARO DI ESSERE STATA INFORMATA 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 INOLTRE DI AVER RISPOSTO IN MANIERA VERITIERA AI QUESITI POSTI.**

Arruolamento eseguito il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

**N.B: si prega di apporre una sigla su ogni pagina**