QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LE DONAZIONI DI SANGUE CORDONALE

Codice identificativo della madre
Da applicare al momento della raccolta

Codice identificativo dell'unità raccolta
Da applicare al momento della raccolta

PARTE – A - VALUTAZIONE DELLA SALUTE DELLA MADRE DEL NEONATO

Madre del neonato
Cognome:..... Nome:.....
Luogo di nascita:.....Data di nascita: .....
CODICE FISCALE:..... Etnia: .....
Occupazione / professione .....
Residente a:.....Via:..... n°..... CAP:.....
Telefono: .....Cellulare:.....
e-mail .....
Epoca presunta del parto..... settimana di gestazione .....

Anamnesi materna generale

Le risposte che fornirete sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione clinica è finalizzata a proteggere il paziente che riceverà il Suo dono.

Informazioni	**NO**	**SI**
1. È attualmente in buona salute?		
2. Sta facendo terapie farmacologiche per propria decisione, per prescrizione medica o assume sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati al di fuori della distribuzione autorizzata in particolare durante questa gravidanza? **Per cosa? Da quando? specificare**		
3. E' mai stata ricoverata in ospedale? Per quali malattie? **Quali? Quando? specificare**		
4. Le sono mai state diagnosticate malattie genetiche o malattie congenite? **Specificare**		
5. Ha sofferto o soffre di malattie auto-immuni (in particolare di tiroidite autoimmune, come la Tiroidite di Hashimoto o il Morbo di Basedow)? **Specificare**		
6. Ha sofferto o soffre di malattie reumatologiche (come il Lupus eritematoso sistemico), in particolare di malattia reumatica? **Per cosa? Da quando? specificare**		
7. Ha mai avuto problemi circolatori (per esempio trombosi), problemi cardiaci, o dolore toracico legato a problemi cardiaci conseguenti a febbre reumatica? **Quali? Quando? specificare**		
8. Ha mai avuto problemi di ipertensione o è in cura dal suo medico per l'ipertensione? Non consideri in questo caso la gestosi gravidica o l'eclampsia. **Specificare**		
9. Ha mai avuto problemi di coagulazione, in particolare le è mai stata diagnosticata una forma di emofilia o altro difetto della coagulazione del sangue? **Quali? Quando? specificare**		

Informazioni	**NO**	**SI**
10. Ha mai avuto malattie ematologiche, per esempio alterazioni a carico di globuli bianchi, di piastrine, di globuli rossi, che abbiano richiesto approfondimenti specialistici da un ematologo? **Quali? Quando? specificare**		
11. Le è mai stata diagnosticata l'anemia mediterranea, o altra forma di anemia congenita o ereditaria, per esempio dovuta a talassemia, anemia falciforme, favismo o ad altro deficit di enzimi dei globuli rossi? **Quale? Quando? specificare**		
12. Ha mai avuto in passato tumori benigni o maligni? In particolare è mai stata sottoposta radioterapia o a trattamento con chemioterapici o antiblastici? **Quali? Quando? specificare**		
13. Ha mai avuto problemi delle vie respiratorie, bronchiti o broncopolmoniti gravi? **Quali? Quando? specificare**		
14. Ha mai avuto problemi delle vie digerenti, o malattie del fegato, come l'epatite? O ancora malattie metaboliche, come il diabete? Non consideri in questo caso il diabete gestazionale. **Quali? Quando? specificare**		
15. Ha mai avuto malattie endocrine, per esempio problemi alla tiroide, all'ipofisi o al surrene? **Quali? Quando? specificare**		
16. Ha mai avuto malattie delle vie urinarie o problemi renali? In particolare le è mai stato diagnosticato il rene policistico? **Quali? Quando? specificare**		
17. Ha mai avuto problemi ginecologici, indipendentemente dalla gravidanza, per esempio cisti ovariche, ovaio policistico o altro? **Quali? Quando? specificare**		
18. Ha mai avuto problemi dermatologici come psoriasi, pemfigo o altre dermatosi? **Quali? Quando? specificare**		
19. Soffre di allergia a cibi, medicinali, pollini o altre sostanze (es. lattice)? Specifichi in particolare, nel caso abbia allergia a farmaci, se è stata esposta a questi farmaci negli ultimi 12 mesi. **Specificare**		
20. Ha mai sofferto di malattie neurologiche, come l'epilessia o la sclerosi multipla? **Quali? Quando? specificare**		
21. Soffre o ha sofferto di stati depressivi? Ha assunto o sta assumendo farmaci per la depressione? **Quali? Quando? specificare**		
22. Ha mai sofferto di febbri di natura ignota?		
23. Ha mai notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?		
24. Ha mai sofferto di una delle seguenti malattie infettive: Tubercolosi - Babesiosi - Lebbra – Kala Azar (Leishmaniosi viscerale) - Tripanosoma Cruzi (Malattia di Chagas) – Sifilide, peste, filariasi, leptospirosi? **Quali? Quando? specificare**		
25. Ha mai sofferto di una delle seguenti malattie infettive: Glomerulonefrite - Brucellosi - Osteomielite – Malattia di Lyme? - Febbre Q o Febbre delle montagne rocciose? E' mai stata punta da zecche? **Quali? Quando? Specificare**		

Informazioni	**NO**	**SI**
26. Ha mai avuto l'epatite? E' mai risultata positiva per l'Epatite C, l'Epatite B o per l'HIV? **specificare**		
27. Le è capitato di soggiornare nel Regno Unito fra il 1980 e il 1996? Ha ricevuto trasfusioni di sangue o ha subito interventi chirurgici nel Regno Unito nel medesimo periodo? **Specificare**		
28. E' mai stata sottoposta ad interventi neurochirurgici (in particolare con trapianto di dura madre) o a trapianto di cornea? **Quali? Quando? specificare**		
29. Ha mai fatto terapie con ormoni della crescita o con altri ormoni? **Quali? Quando? specificare**		
30. Ha mai ricevuto trapianto di organi o innesti di tessuti di origine umana (da donatore)? Ha mai ricevuto un innesto autologo di tessuto (del suo stesso tessuto osseo o del suo tessuto cutaneo)? **Quali? Quando? specificare**		
31. Ha mai ricevuto un innesto di tessuti o di altri prodotti di derivazione animale? **Quali? Quando? specificare**		
32. E' mai stata sottoposta ad interventi chirurgici? **Quali? Quando? specificare**		
33. Ha mai effettuato o deve effettuare indagini endoscopiche? **Quali? Quando? specificare**		
34. Ha mai effettuato procedure che comportino l'uso di catetere? **Quali? Quando? specificare**		
35. Ha letto e compreso (**allegato informativo**) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?		
36. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o emocomponenti o emoderivati, in particolare durante questa gravidanza? **Quali? Quando? specificare**		
37. Le è capitato di sporcarsi con sangue o liquidi biologici di altre persone, in particolare durante questa gravidanza? **Quali? Quando? specificare**		
38. Le è capitato di ferirsi o pungersi accidentalmente con aghi, siringhe o altri strumenti infetti o contaminati da sangue, in particolare durante questa gravidanza? **Quando? specificare**		
39. Ha mai effettuato agopunture, tatuaggi, piercing (compresi orecchini), in particolare durante questa gravidanza? **Quali? Quando? specificare**		
40. Ha mai assunto sostanze stupefacenti? Ha mai assunto sostanze di tipo dopante per via endovenosa? **Quali? Quando? specificare**		

Informazioni	**NO**	**SI**
41. Ha mai abusato di alcool? **Specificare**		
42. Ha mai avuto rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie? In particolare ha mai avuto rapporti sessuali con partner che fossero positivi per l'epatite B, l'epatite C o L'AIDS, o che facessero uso di stupefacenti o ne avessero fatto uso in passato? **Specificare**		
43. Ha mai avuto in passato rapporti sessuali in cambio di denaro o di stupefacenti? Ha mai avuto rapporti sessuali con persone che a loro volta avevano rapporti sessuali in cambio di droga e/o denaro? **Specificare**		
44. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a sostanze tossiche, come cianuro, oro, amianto, piombo, mercurio, pesticidi? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio mascherine, guanti, occhiali protettivi…)? Era sotto controllo medico? **Specificare**		
45. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a prodotti potenzialmente infetti, o a materiale biologico umano o animale? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio mascherine, guanti, occhiali protettivi…)? Era sotto controllo medico? **Specificare**		
46. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a radiazioni? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio grembiuli protettivi…)? Era sotto controllo medico? **Specificare**		
47. Ha effettuato vaccinazioni recentemente? Specifichi in particolare se è stata sottoposta a vaccinazione antirabbica nell'ultimo anno **Quali? Quando? specificare**		
48. Ha effettuato viaggi all'estero recentemente? In particolare ha soggiornato in zone a rischio di malaria per periodi superiori a 6 mesi? **Quali? Quando? specificare**		
49. Ha mai avuto la malaria o altre malattie tropicali? **Quali? Quando? specificare**		
50. E' o è stata donatrice di sangue, plasmaferesi o piastrinoaferesi? **Presso quale centro? ultima donazione?**		
51. Le è mai stato detto che non può essere donatrice sangue? **Per quali ragioni? specificare**		
52. E' già stata in precedenza donatrice di sangue del cordone ombelicale? **Presso quale Banca? Quando?**		
53. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci? **Specificare**		

Anamnesi familiare materna

Le chiediamo di fornirci più informazioni possibili relative alla salute di fratelli e sorelle, se ne ha, dei suoi genitori, degli zii materni e paterni, dei cugini e dei nonni materni e paterni. E' importanti per noi capire se esistono nella famiglia casi di malattie genetiche, congenite, immunologiche, tumorali, malformazioni, ritardi mentali, malattie rare, o altro, che possano essere trasmesse con le cellule staminali. In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo. Nel caso non sia a conoscenza di alcune informazioni, la preghiamo di segnalarlo: la valutazione finale terrà conto anche di eventuali notizie fornite in modo parziale

Informazioni	**NO**	**SI**
54. I suoi genitori sono genitori naturali?		
55. E' stata adottata?		
56. Da dove proviene la sua famiglia? **specificare**		
57. Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella del padre del bambino o tra i vostri genitori, nonni naturali del nascituro? **Grado di parentela:** **Tra chi?** **Specificare**		
58. In famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche come anemia mediterranea (talassemia), anemia falciforme, anemie congenite (come anemia di Fanconi o anemia di Blackan Diamond), favismo, altre malattie dei globuli rossi, o altre malattie rare? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**		
59. Nella sua famiglia vi sono stati casi di altre malattie genetiche o ereditarie o malattie immunologiche? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**		
60. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**		
61. In famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche legate alla coagulazione? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**		
62. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**		
63. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie tumorali? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**		

Informazioni	**NO**	**SI**
64. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattia di Creuzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**		
60. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**		
65. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone affette da epatite B o epatite C o HIV, con le quali siete stata a stretto contatto (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Quando o fino a quanto tempo fa?**		
66. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)? **Quando o fino a quanto tempo fa?**		
67. Avete altri bambini?		
68. Sono in buona salute?		
69. Qualcuno dei vostri figli soffre o ha sofferto di malattie neurologiche, genetiche, congenite, ereditarie, oncoematologiche, tumorali? **Patologia:**		
70. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua famiglia che ritiene importante segnalarci? **Specificare**		

Informazioni relative a precedenti gravidanze

Le informazioni che le chiediamo sono molto importanti per capire se si è verificato qualche evento in passato che potrebbe meritare un approfondimento, ai fini della donazione del sangue cordonale

Informazioni	**NO**	**SI**
71. Ha avuto gravidanze precedenti? **Data del parto** **parto fisiologico o Taglio Cesareo?** **Data del parto** **parto fisiologico o Taglio Cesareo?** **Data del parto** **parto fisiologico o Taglio Cesareo?** **Data del parto** **parto fisiologico o Taglio Cesareo?**		
72. Se ha avuto gravidanze precedenti, ci sono stati problemi a carico del bambino durante la gravidanza o alla nascita? **Specificare**		
73. Ha avuto aborti o interruzioni di gravidanza in precedenza? In particolare ha avuto 4 o più di 3 episodi di aborto o interruzione di gravidanza? **Specificare**		
74. Se ha avuto aborti o interruzioni di gravidanza in precedenza, era stato eseguito esame istologico, o era stato possibile capire se esistevano problemi fetali (per esempio alterazione dei cromosomi, mola vescicolare)? **Specificare**		
75. Vi è qualsiasi altra informazione relativa a precedenti gravidanze che ritiene importante segnalarci? **Specificare**		

Io sottoscritta dichiaro di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra, e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.
Firma della madre:..... Data .....
Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche
Nome e cognome..... Qualifica .....
Firma ..... Data .....

PARTE – B - VALUTAZIONE DELLA SALUTE DEL PADRE DEL NEONATO

Padre del neonato
Cognome:..... Nome:.....
Luogo di nascita:.....Data di nascita: .....
Etnia: .....
Occupazione / professione .....
Consanguineità con la madre donatrice: .....
Telefono: / e-mail .....

Anamnesi paterna

Le risposte che fornirà sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione clinica è finalizzata a proteggere il paziente che riceverà il Vostro dono. Tali informazioni possono essere riportate anche dalla madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario risponda "NON SO"), nel caso il padre non sia presente.
In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.

Informazioni	**NON SO**	**NO**	**SI**
Informazioni ottenute da (specificare): ….. padre del neonato ….. madre del neonato			
76. È attualmente in buona salute? **specificare**			
77. Ha sofferto o soffre di una delle seguenti malattie: malattie gravi, autoimmunitarie o reumatologiche, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale (per esempio morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa …), malattie renali (come il rene policistico), osteo-articolare, tubercolosi, diabete, malattie neurologiche (come attacchi epilettici, sclerosi multipla..), malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive particolari (oltre alle comuni malattie dei bambini), ittero e/o epatite, malattie tropicali? **Quali? Da quando? specificare**			
78. Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? **Per cosa? Da quando? specificare**			
79. E' mai stato ricoverato in ospedale? Per quali malattie? **Quali? Quando? specificare**			
80. Le sono mai state diagnosticate malattie genetiche o malattie congenite? **Specificare**			
81. Ha mai avuto malattie ematologiche, per esempio alterazioni a carico di globuli bianchi, di piastrine, di globuli rossi, che abbiano richiesto approfondimenti specialistici da un ematologo? **Quali? Quando? specificare**			

Informazioni	**NON SO**	**NO**	**SI**
82. Le è mai stata diagnosticata l'anemia mediterranea, o altra forma di anemia congenita o ereditaria, per esempio dovuta a talassemia, anemia falciforme, favismo o ad altro deficit di enzimi dei globuli rossi? **Quale? Quando? specificare**			
83. Ha mai avuto problemi di coagulazione, in particolare le è mai stata diagnosticata una forma di emofilia o altro difetto della coagulazione del sangue? **Quali? Quando? specificare**			
84. Ha mai avuto in passato tumori benigni o maligni? In particolare è mai stato sottoposto a radioterapia o a trattamento con chemioterapici o antiblastici? **Quali? Quando? specificare**			
85. Ha letto e compreso (allegato C-sco) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?			
86. Ha mai avuto l'epatite? E' mai risultato positivo per l'Epatite C, l'Epatite B o per l'HIV? **Specificare**			
87. Ha mai assunto sostanze stupefacenti? **Quali? Quando? specificare**			
88. E' o è stato donatore di sangue, plasmaferesi o piastrinoaferesi? NON SO NO **Presso quale centro? ultima donazione?**			
89. Le è mai stato detto che non può essere donatore di sangue? NON SO NO **Per quali ragioni? specificare**			
90. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci? **Specificare**			

Anamnesi familiare paterna

Le chiediamo di fornirci più informazioni possibili relative alla salute di fratelli e sorelle, se ne ha, dei suoi genitori, degli zii materni e paterni, dei cugini e dei nonni materni e paterni. E' importante per noi capire se esistono nella famiglia casi di malattie genetiche, congenite, immunologiche, tumorali, malformazioni, ritardi mentali, malattie rare, o altro, che possano essere trasmesse con le cellule staminali. In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo. Tali informazioni possono essere riportate anche dalla madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario risponda "NON SO"), nel caso il padre non sia presente

Informazioni	**NON SO**	**NO**	**SI**
Informazioni ottenute da (specificare): …..padre del neonato ….. madre del neonato			
91. I suoi genitori sono genitori naturali?			
92. E' stato adottato?			
93. Da dove proviene la sua famiglia? **Specificare**			

Informazioni	**NON SO**	**NO**	**SI**
94. Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella della madre del bambino o tra vostri genitori, nonni naturali del nascituro? **Grado di parentela:** **Tra chi?:** **Specificare**			
95. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche come anemia mediterranea (talassemia), anemia falciforme, anemie congenite (come anemia di Fanconi o anemia di Blackfan Diamond), favismo, altre malattie dei globuli rossi, o altre malattie rare? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**			
96. Nella sua famiglia vi sono stati casi di altre malattie genetiche o ereditarie o malattie immunologiche? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**			
97. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**			
98. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche legate alla coagulazione? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**			
99. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**			
100. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie tumorali? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**			
101. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattia di Creuzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:**			
102. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone affette da epatite B o epatite C o HIV, con le quali siete stato a stretto contatto (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)? **Grado di parentela della persona affetta:** **patologia:** **Quando o fino a quanto tempo fa?**			
103. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)? **Quando o fino a quanto tempo fa?**			

Informazioni	**NON SO**	**NO**	**SI**
104. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci? **Specificare**			

Dichiaro: di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.
Firma del padre (se presente):..... Data .....
Firma della madre (se ha compilato il documento):.....
Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche
Nome e cognome..... Qualifica .....
Firma ..... Data .....

PARTE – C - VALUTAZIONE DELLA GRAVIDANZA IN CORSO

Informazioni relative alla gravidanza in corso
Le informazioni che le chiediamo sono molto importanti per capire se durante questa gravidanza si è verificato qualche evento che potrebbe meritare un approfondimento, ai fini della donazione del sangue cordonale. Per questa ragione le chiederemo anche di poter prendere visione degli esami effettuati durante la gravidanza: gli esami del sangue e dell'urina, le ecografie e le eventuali indagini prenatali effettuate (per esempio il test combinato, la villocentesi, l'amniocentesi…)

Informazioni	**NO**	**SI**
105. E' la sua prima gravidanza?		
106 E' una gravidanza spontanea?		
107. Ha assunto ormoni per aiutare la stimolazione ovarica e per favorire la gravidanza? In questo caso potrebbe indicare quali ormoni? **Quali ormoni?**		
108. Ha seguito un programma di fecondazione medico assistita (come inseminazione in utero, FIVET, ICSI)? **Quale?**		
109. Ha eseguito fecondazione medico assistita con gameti allogenici (cioè con gameti provenienti da donatore esterno alla coppia)?		
110. La gravidanza si è svolta fino ad ora in modo fisiologico? Specifichi in particolare se le è stato detto che ha il diabete gestazionale o la gestosi gravidica **Specificare**		
111. I controlli ecografici hanno rilevato qualche anomalia o hanno richiesto qualche approfondimento? Ha eseguito esami di diagnosi prenatale (villocentesi, amniocentesi…) **Specificare**		
112. Durante questa gravidanza ha assunto farmaci, oltre al normale supporto con ferro e folina? In particolare ha assunto antibiotici, cortisone, diuretici, aspirina o altro? **Quali? Quando? specificare**		
113. Durante questa gravidanza ha ricevuto immunoprofilassi anti-D (nel caso sia di gruppo Rh negativo)? **Quando? Specificare**		

Informazioni	**NO**	**SI**
114. Durante questa gravidanza ha avuto contatti con persone malate? In particolare con persone con epatite B, epatite C, AIDS o che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare ha fatto loro assistenza o ne ha condiviso l'abitazione)? **Quando? specificare**		
115. Le è capitato nelle ultime settimane di essere esposta a bambini o adulti affetti da malattie esantematiche (come la rosolia, la varicella, il morbillo…) o contagiose, che lei in passato non aveva avuto? O è stata a contatto con persone che nei giorni successivi abbiano manifestato una malattia esantematica o una malattia contagiosa? **Quali? Quando? specificare**		
116. In particolare durante questa gravidanza ha contratto una delle seguenti malattie: Rosolia, Parotite, Toxoplasmosi, Varicella, Mononucleosi Infettiva, malattia da Citomegalovirus, Malattia di Lyme? **Quali? Quando? specificare**		
117. Durante questa gravidanza è stata riscontrata la presenza di HPV (Papilloma virus), di condilomi o di altre infezioni (come Herpes genitalis, clamidia, linfogranuloma venereo, micoplasma genitalis) ? **Quali? Quando? specificare**		
118. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha ricevuto una diagnosi di infezione da Zika virus?		
119. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha soggiornato o viaggiato in area a rischio per la presenza di infezione da Zika virus?		
120. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha avuto un contatto sessuale con persona che ha ricevuto una diagnosi di infezione da Zika virus nei 6 mesi precedenti?		
121. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha avuto un contatto sessuale con persona che ha soggiornato o viaggiato in area a rischio per la presenza di infezione da Zika virus nei 6 mesi precedenti?		
122. Vi è qualsiasi altra informazione relativa a questa gravidanza che ritiene importante segnalarci? **Specificare**		

Si dichiara: di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra
Firma della madre ……:…… Data …….

Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche
Nome e cognome…… Qualifica …….. Firma ……

IN CASO DI UTILIZZO DI MEDIATORE LINGUISTICO:
Nome e cognome…… Firma ……

PARTE – D - GIUDIZIO FINALE DI ELEGGIBILITÀ/NON ELEGGIBILITA'
COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO DELL'ERCB

Presa visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico e del consenso informato rilasciato dalla madre donatrice/dalla coppia, dichiaro

□ **l'idoneità** □ **l'inidoneità**

MOTIVO INIDONEITA':……

alla donazione di SCO allogenico solidaristica, in accordo ai criteri di eleggibilità previsti dalla normativa italiana vigente.
Nome e cognome del personale medico in stampatello……
Data: Firma (del medico): ……