



**DONAZIONE DI SANGUE DA CORDONE OMBELICALE PER USO NON DEDICATO (UNRELATED)  
STORIA CLINICA DELLA FAMIGLIA DEL DONATORE – QUESTIONARIO ANAMNESTICO DA SOTTOPORRE  
AL PADRE DEL NEONATO, se disponibile**

All'attenzione del padre del neonato. Per valutare l'idoneità del sangue da cordone ombelicale raccolto all'uso clinico è necessario raccogliere la storia clinica e familiare della madre e del padre del neonato. Per valutare con maggior sicurezza il rischio di trasmettere patologie ad un potenziale ricevente, e contestualmente garantire la riservatezza, è preferibile 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 02-55034050. La sollecitiamo a rivolgere tutte le sue domande all'intervistatore.

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 \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**1. Anamnesi del padre del neonato raccolta direttamente dal padre stesso**

Rivolgere le seguenti domande per la valutazione del rischio di trasmissione di patologie con il sangue da cordone ombelicale. La risposta SI ad alcune delle domande evidenzia la presenza di criteri di esclusione. La non idoneità è evidenziata dalla scritta SE SI NON RACCOGLIERE.

In assenza di tale scritta, se la risposta è SI completare i quesiti richiesti per ciascuna domanda e, se pertinente, allegare la documentazione clinica disponibile. L'idoneità alla raccolta e all'uso clinico è valutata in base ai criteri e alle procedure definite dalla Milano Cord Blood Bank, disponibili anche presso il Centro di Raccolta.

	NO	SI
1. E' stato adottato? Se SI, rispondere alla domanda successiva, se la risposta è NO, passare alla domanda n. 3		
2. La storia della famiglia di origine è sconosciuta? <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		
3. Se donatore di sangue, è stato sospeso dalla donazione? Per quale motivo _____		
4. Ha fatto o fa uso di sostanze farmacologiche non prescritte da un medico, per via intramuscolo o endovena o tramite altri strumenti in grado di trasmettere gravi malattie infettive, comprese: droghe pesanti (eroina, cocaina ecc.) steroidi od ormoni a scopo di culturismo fisico? <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		
5. Ha avuto rapporti sessuali ad alto rischio di contrarre gravi malattie infettive trasmissibili con il sangue? Esempi di rapporti sessuali ad alto rischio: in cambio di droga o denaro; con tossicodipendenti (anche ex), con soggetti che abbiano fatto uso di droghe in vena, con un partner maschio che ha rapporti omosessuali, con soggetti con AIDS o anti-HIV positivi, anti-HCV positivi, HBsAg positivo se lei non ha sviluppato anticorpi anti-HBs, affetti da epatopatia cronica se di possibile eziologia virale, ecc. <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		
6. Negli ultimi 5 anni ha avuto rapporti sessuali occasionali a rischio di trasmissione di malattie infettive? Esempio: con tossicodipendenti che abbiano fatto uso di droghe pesanti non in vena, con più di 3 partner nell'ultimo anno, con eterosessuali ad alto rischio, con soggetto trasfuso, dializzato o trapiantato o sottoposto a trattamenti medici con cellule vive, tessuti, organi di provenienza animale, con soggetto TPHA positivo, ecc. <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		





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)

	NO	SI
7. Negli ultimi 12 mesi ha avuto rapporti sessuali con persone infette o a rischio di infezione di epatite B, C, HIV? Esempio: con soggetto affetto da pregressa epatite, con soggetto HBsAg positivo se lei non ha sviluppato anticorpi anti-HBs, con soggetto anti-HIV Elisa + WB negativo, con soggetto anti-HCV positivo, ecc. <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		
8. E' mai stato affetto da epatite C? Ha avuto risultati positivi al test anti-HCV? <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		
9. E' o è stato affetto da AIDS? Ha avuto risultati positivi ai test anti-HIV 1-2 o anti-HTLV I/II? <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		
10. Ha attualmente risultati positivi al test TPHA? <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		
11. Ha attualmente risultati positivi al test HBsAg?		
12. Le è stata diagnosticata la malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o la variante di CJD, o da demenza di origine sconosciuta, o le è stato detto che nella sua famiglia c'è un rischio aumentato di contrarre la malattia? <b>SE SI NON RACCOGLIERE</b>		
13. Le è stata diagnostica o le è stato detto che nella sua famiglia di origine c'è una possibilità che ci sia una malattia genetica? Quando? _____ Tipo di patologia _____		
14. E' stato sottoposto a trasfusioni? Quando? _____ Di che tipo? _____		
15. E' stato sottoposto trapianto di organo, tessuti, o cellule? Quale? _____		
16. Ha fatto uno screening genetico? Risultato _____		
17. E' affetto da patologie ereditarie trasmissibili? Quali? _____		
18. E' affetto da patologie ematologiche? Della coagulazione del sangue? Quali? _____		
19. Negli ultimi 5 anni è stato all'estero? Quando? _____ Dove? _____		
20. Al ritorno ha avuto febbre o altri sintomi? Quali? _____		

Note/Commenti relativi alle informazioni raccolte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del padre del neonato \_\_\_\_\_

Intervistatore: Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

