Gemelli
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore

UNICATT
CordBloodBank
Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

Largo A.Gemelli, 8
00168 – Roma
Tel.: 06-30154068
Fax.: 06-3055153 30154723

SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI PATERNA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 3

Rev.: 2 (16/02/2018)
MOD.CBB.016E

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 Presidio Ospedaliero "G.B Grassi"- Ostia Tel. 06-56482150

Domande poste direttamente al padre del bambino O	Domande poste alla madre del bambino O

Anamnesi di **arruolamento**, ottenuta in data: _____/_____/_____ Esito anamnesi: NEGATIVO O POSITIVO O

Note: _____

L'intervistatore: Nome: _____ Cognome: _____

☐ Medico ☐ Ostetrica; ☐ Altra qualifica: _____ Firma

Anamnesi al **follow up**, ottenuta in data: _____/_____/_____ Esito anamnesi: NEGATIVO O POSITIVO O

Note: _____

L'intervistatore: Nome: _____ Cognome: _____

☐ Medico ☐ Ostetrica; ☐ Altra qualifica: _____ Firma

MADRE DEL NEONATO Cognome_____Nome_____

PADRE DEL NEONATO Cognome_____Nome_____

Padre del neonato:	
Nome:	Cognome:
Data di nascita: / /	Luogo di nascita:
Prov. (o Stato):	Gruppo sanguigno:
Titolo di studio:	Professione:
Origine etnica:	
Caucasica ▫ Europa ▫ Nord America ▫ Costa Nord Africa ▫ Altro	
Asiatica ▫ Cina ▫ Filippine ▫ Giappone	
Nera ▫ Africa ▫ Afro-Americano ▫ Caraibi	
Ispanica ▫ Centro America ▫ Sud America	
Altro	
Luogo di nascita di Suo padre (nazione o - se in Italia - regione):	
Luogo di nascita di Sua madre (nazione o - se in Italia - regione):	

INFORMAZIONI GENERALI

DOCUMENTO A USO INTERNO - VIETATA LA RIPRODUZIONE

Gemelli
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore

UNICATT
CordBloodBank
Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

Largo A.Gemelli, 8
00168 – Roma
Tel.: 06-30154068
Fax.: 06-3055153 30154723

SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI PATERNA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3

Rev.: 2 (16/02/2018)
MOD.CBB.016E

	Si	No	Note:
01. É figlio adottivo?			
02. Esiste un grado di parentela fra Lei e la madre del neonato? Se si, quale?			
03. É donatore di sangue?			
04. Se si, è stato mai sospeso dalla donazione di sangue? Per quale motivo?			
	Si	**No**	**Note:**
05. Se donatore di sangue, è stato mai coinvolto in un caso di epatite post-trasfusionale o in una procedura di look-back?			

ANAMNESI PATERNA

Nel corso della sua vita è stata mai affetto da una delle seguenti patologie/condizioni morbose?
(Specificare sempre il tipo di patologia e l'anno in cui è stata diagnosticata)

	Si	No	Note:
06. Malattie autoimmuni (LES, artrite reumatoide,tiroidite di Hashimoto)			
07. Gravi deficit del sistema immunitario			
08. Malattie neurologiche (epilessia), demenza			
09. Malattie del cuore e dei vasi			
10. Malattie dell'apparato digerente (rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn, pancreatite, infezione da Helicobacter Pylori, ecc)			
11. Epatite cronica e/o cirrosi epatica e/o storia di transaminasi elevate			
12. Malattie della pelle			
13. Anemie congenite: anemia di Fanconi, anemia di Diamond-Blackfan Emoglobinopatie: anemia mediterranea, drepanocitosi, ecc			
14. Anemie emolitiche ereditarie : deficiti di piruvato chinasi, deficit di G6PDH (favismo). Anemie da deficit di membrana: sferocitosi ereditaria			
15. Patologie delle piastrine			
16. Patologie della coagulazione: trombofilie, emofilia, ecc			
17. Malattie del sistema uro-genitale e renali (es. glomerulonefrite)			
18. Diabete			
19. Malattie del sistema endocrino			
20. Malattie dell'apparato respiratorio			
21. Malattie genetiche e/o congenite			
22. Malattie metaboliche e/o da accumulo			
23. Tumori maligni e/o benigni			

Nel corso della sua vita:

	Si	No	Note:
24. Ha mai ricevuto per via intramuscolare o endovenosa sostanze farmacologiche senza prescrizione medica, inclusi steroidi od ormoni a scopo di attività sportiva?			
	Si	**No**	**Note:**
25. Hai mai fatto uso di sostanze stupefacenti per via intramuscolare e/o endovenosa?			
26. I suoi precedenti partner facevano uso di droghe?			

DOCUMENTO A USO INTERNO - VIETATA LA RIPRODUZIONE

Largo A.Gemelli, 8
00168 – Roma
Tel.: 06-30154068
Fax.: 06-3055153 30154723

SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI PATERNA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 3

Rev.: 2 (16/02/2018)

MOD.CBB.016E

27. Hai mai avuto rapporti sessuali: • in cambio di droga e/o denaro? • con partner risultati positivi a test per HBV, HCV e HIV o a rischio di esserlo? • con partner con comportamenti sessuali a rischio o abitudini sessuali ignote? • con partner occasionale? • con partner nato/proveniente da paesi ad alto rischio per la trasmissione di HIV e di cui non sia noto lo stato sierologico? • con soggetti tossicodipendenti?			
28. Ha mai subìto ricoveri in ospedale?			
• Se si, per quale patologia?			
• Quando e per quanto tempo?			
29. È mai stata sottoposto a interventi chirurgici?			
• Se si, specificare:			
30. È stata sottoposto a trapianto di tessuti od organi, incluso cellule staminali ematopoietiche?			
31. È mai stata affetto da malattia di Creutzfeldt-Jakob o da demenza di origine sconosciuta?			
32. Nella sua famiglia ci sono casi di malattia di Creutzfeldt-Jakob, da demenza di origine sconosciuta, casi di insonnia familiare mortale?			
33. È mai stata affetto da epatite A, B, C, D, E, G? oppure da epatite da causa non note?			
• Se si, quando?			
• Tipo di epatite?			
34. È mai stata affetto da AIDS? Positività per HIV?			
35. Le è mai stata riscontrata una positività al test dell'HTLV I-II?			
36. È mai stata affetto da altre malattie infettive quali tubercolosi, babesiosi, lebbra, leishmaniosi, malattia di Chagas, sifilide, altro?			
• Specificare il tipo:			
• Quando?			

ANAMNESI FAMILIARE

Nel compilare il questionario considerare le seguenti categorie di parentela: fratelli/sorelle del neonato, padre del neonato, nonni/e paterni/e, zii/e paterni/e del neonato. In caso affermativo indicare il grado di parentela (zio/a, nonno/a, ecc.)

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

	Si	No	Note:
• Malattie neoplastiche (tumori)			
• Malattie del sangue (globuli rossi): talassemia, anemia di Fanconi, carenza di G6PDH, ecc.			
• Malattie del sangue (globuli bianchi): malattia granulomatosa cronica, sindrome di Wiskott-Aldrich, etc. •			
• Malattie del sangue (piastrine): piastrinopenia, malattie della coagulazione, ecc.			
• Malattie genetiche o ereditarie (es immunodeficienze congenite, malattie metaboliche/da accumulo, ecc)			

DOCUMENTO A USO INTERNO - VIETATA LA RIPRODUZIONE

Largo A.Gemelli, 8
00168 – Roma
Tel.: 06-30154068
Fax.: 06-3055153 30154723

SCHEDA RACCOLTA ANAMNESI PATERNA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 3

Rev.: 2 (16/02/2018)

MOD.CBB.016E

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 importati 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 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 INOLTRE DI AVER RISPOSTO IN MANIERA VERITIERA AI QUESITI POSTI.

Arruolamento eseguito il

Data _____ Firma del padre (o della madre _____

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

DOCUMENTO A USO INTERNO - VIETATA LA RIPRODUZIONE