



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 DEDICATA DI SANGUE DA CORDONE OMBELICALE QUESTIONARIO ANAMNESTICO – STORIA CLINICA DELLA FAMIGLIA

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

Madre del neonato Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ___/___/_____ Gruppo sanguigno _____ CF _____
Stato civile _____ Professione _____

Padre del neonato Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ___/___/_____ Gruppo sanguigno _____ CF _____
Stato civile _____ Professione _____

Etnia/origine geografica (barrare la casella)

Madre del neonato	Padre del neonato
<i>Caucasica:</i> <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Nord America <input type="checkbox"/> Altro _____	<i>Caucasica:</i> <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Nord America <input type="checkbox"/> Altro _____
<i>Asiatica:</i> <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> Filippine <input type="checkbox"/> Giappone <input type="checkbox"/> Altro _____	<i>Asiatica:</i> <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> Filippine <input type="checkbox"/> Giappone <input type="checkbox"/> Altro _____
<i>Nera:</i> <input type="checkbox"/> Africa <input type="checkbox"/> America-Africa <input type="checkbox"/> Caraibi <input type="checkbox"/> Altro _____	<i>Nera:</i> <input type="checkbox"/> Africa <input type="checkbox"/> America-Africa <input type="checkbox"/> Caraibi <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Isole del Pacifico <input type="checkbox"/> Nativi Nord America <input type="checkbox"/> Centro America <input type="checkbox"/> Sud America <input type="checkbox"/> Costa Nord Africa <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Isole del Pacifico <input type="checkbox"/> Nativi Nord America <input type="checkbox"/> Centro America <input type="checkbox"/> Sud America <input type="checkbox"/> Costa Nord Africa <input type="checkbox"/> Altro _____
Altro _____	Altro _____

Luogo di nascita (Stato, se Italia regione)

Madre del neonato: _____	Padre del neonato: _____
Nonna materna del neonato: _____	Nonno materno del neonato: _____
Nonna paterna del neonato: _____	Nonno paterno del neonato: _____

1. Anamnesi materna	NO	SI	Note
1. È stata adottata?			
2. Esiste un grado di parentela fra lei e il padre del neonato (es. cugini)?			
3. Ha già donato il sangue placentare?			
4. È donatrice di sangue?			
5. Se donatrice di sangue, è stata sospesa dalla donazione? Indicare motivo			
6. È fumatrice? Quante sigarette al giorno?			
7. Beve alcolici?			
8. Negli ultimi 3 anni è stata all'estero? Dove? Quando? Al ritorno ha avuto febbre o altri sintomi?			
9. Ha soggiornato nel Regno Unito, per un periodo di oltre 6 mesi, nel periodo dal 1980 al 1996?			
10. Si è sottoposta ad agopuntura, tatuaggi indelebili, piercing? Quando?			
11. È venuta a contatto con sangue di altre persone negli ultimi 12 mesi?			
12. È stata sottoposta a vaccinazione anti-rabbica negli ultimi 12 mesi?			
13. Ha avuto rapporti sessuali a rischio?			
14. Ha fatto uso di droghe pesanti (eroina, cocaina)? Specificare quando, tipo e quantità			
15. Ha fatto uso di droghe leggere? Specificare quando, tipo e quantità			
16. Il partner attuale o precedente ha fatto uso di droghe pesanti (eroina, cocaina)? Specificare quando, tipo e quantità			
17. Il partner attuale o precedente ha fatto uso di droghe leggere? Specificare quando, tipo e quantità			
18. È mai stata seriamente ammalata? Specificare quando e tipo di malattia			
19. È stata sottoposta a interventi chirurgici? Se SI, quando? Che tipo di intervento?			
20. È stata sottoposta a trasfusioni? Se SI, quando? Che tipo di emocomponente?			





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

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

1. Anamnesi materna (continua da pagina precedente)	NO	SI	Note
21. È stata sottoposta a trapianto d'organo o tessuto? Quando?			
22. È stata sottoposta a trattamento con ormone della crescita non ottenuto da DNA ricombinante?			
23. È mai stata affetta da epatite A, B o C? Specificare quando e tipo			
24. È mai stata affetta da AIDS? Positività per HIV?			
25. È mai stata affetta da malattie a trasmissione sessuale quali sifilide, clamidia, herpes genitale, condilomatosi, linfogranuloma, altro? Specificare quando e quale malattia			
26. È mai stata affetta da altre malattie infettive quali toxoplasmosi, brucellosi, mononucleosi, TBC, malaria, altro? Indicare quando e quale malattia			
27. È mai stata affetta da malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o da demenza di origine sconosciuta?			
28. Il partner attuale o precedente è stato affetto o è portatore di una delle malattie elencate ai punti 23-27? Specificare quando e tipo di malattia			

2. Anamnesi paterna	NO	SI	Note
N. B. Rivolgere le domande direttamente al padre del neonato, se non è possibile rivolgere le domande alla madre			
1. È stato adottato?			
2. È donatore di sangue?			
3. Se donatore di sangue, è stato sospeso dalla donazione? Perché?			
4. È fumatore? Quante sigarette al giorno?			
5. Beve alcolici?			
6. Negli ultimi 3 anni è stata all'estero? Dove? Quando? Al ritorno ha avuto febbre o altri sintomi?			
7. Ha soggiornato nel Regno Unito, per un periodo di oltre 6 mesi, nel periodo dal 1980 al 1996?			
8. Si è sottoposto ad agopuntura, tatuaggi indelebili, piercing? Quando?			
9. È venuto a contatto con sangue di altre persone negli ultimi 12 mesi?			
10. È stato sottoposto a vaccinazione anti-rabbica negli ultimi 12 mesi?			
11. Ha avuto comportamenti sessuali a rischio?			
12. Ha fatto uso di droghe pesanti (eroina, cocaina)? Specificare quando, tipo e quantità			
13. Ha fatto uso di droghe leggere? Specificare quando, tipo e quantità			
14. Il partner attuale o precedente ha fatto uso di droghe pesanti (eroina, cocaina)? Specificare quando, tipo e quantità			
15. Il partner attuale o precedente ha fatto uso di droghe leggere? Specificare quando, tipo e quantità			
16. È mai stato seriamente ammalato? Specificare quando e tipo di malattia			
17. È stato sottoposto a interventi chirurgici? Se SI, quando? Quale?			
18. È stato sottoposto a trasfusioni? Se SI, quando? quante?			
19. È stato sottoposto a trapianto d'organo o tessuto? Quando?			
20. È stato sottoposto a trattamento con ormone della crescita non ricombinante?			
21. È mai stato affetto da epatite A, B o C? Quale? Quando?			
22. È mai stato affetto da AIDS? Positività per HIV?			
23. È mai stato affetto da malattie a trasmissione sessuale quali sifilide, clamidia, herpes genitale, condilomatosi, linfogranuloma, altro? Specificare quando e tipo			
24. È mai stato affetto da altre malattie infettive quali toxoplasmosi, brucellosi, mononucleosi, TBC, malaria, altro? Indicare quando e tipo			
25. È mai stato affetto da malattia di Creutzfeld-Jacob o da demenza di origine sconosciuta?			
26. Il partner attuale o precedente è stato affetto o è portatore di una delle malattie elencate ai punti 21-25? Specificare quando e tipo di malattia			

Domande rivolte direttamente al padre

Domande rivolte alla madre





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

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

3. Anamnesi familiare

Se ad una delle seguenti domande viene risposto 'SI' indicare nel campo note la persona affetta da patologia. Considerare le seguenti categorie di parentela: madre del neonato, padre del neonato, nonni materni, nonni paterni, fratelli/sorelle del neonato, fratelli/sorelle della madre del neonato, fratelli/sorelle del padre del neonato.

Lei, il padre del neonato, o qualcuno dei vostri parenti è o è stato affetto da una delle 13 patologie di seguito elencate? Se SI, quando?	NO	SI	Note
1. Malattie genetiche			
2. Malattie neoplastiche. Tumori cerebrali, del sistema nervoso, della pelle, del rene, altro. Leucemia, linfoma di Hodgkin, linfoma non Hodgkin, altro			
3. Malattie del sangue (globuli rossi). Talassemia (specificare se portatore di tratto talassemico), anemia di Fanconi, deficienza di G6PD, sferocitosi, sindrome di Diamond-Blackfan, altro			
4. Malattie del sangue (globuli bianchi). Malattia granulomatosa cronica, sindrome di Wiskott-Aldrich, altro			
5. Malattie del sangue (piastrine). Piastrinopenia, malattie della coagulazione, trombocitopenia, altro			
6. Immunodeficienze. SCID, ADA, ipoglobulinemia, altro			
7. Malattie metaboliche/da accumulo. Leucodistrofia, malattia di Gaucher, sindrome di Hurler, sindrome di Wolman, altro			
8. Malattie del sistema immunitario. LES, artrite reumatoide, HIV, AIDS, malattie autoimmuni, tiroidite autoimmune, sclerosi multipla, anemia emolitica, altro			
9. Malattie neurologiche. Malattia di Creutzfeld-Jacob, altro			
10. Altre malattie endocrine. Iperiparoidismo, ipotiparoidismo, sindrome di Cushing, sindrome di Conn, altro			
11. Diabete giovanile insulino-dipendente			
12. Diabete adulto non insulino-dipendente			
13. Altre malattie ereditarie?			

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.

Data di compilazione ___/___/_____ Firma della madre del neonato _____

Padre presente SI NO Se presente:

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 _____

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)





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

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

4. Anamnesi ostetrica		NO	SI	Note
1. Durante la gravidanza la madre è stata sottoposta a screening per epatite B, epatite C, HIV, sifilide? Se sì, indicare il risultato: negativo o positivo				
HBsAg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	anti-HCV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	anti-HIV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	TPHA o VDRL <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	
2. La madre è stata sottoposta a screening per toxoplasma, CMV, rosolia, altro? Se sì, indicare il risultato del test: negativo o positivo, se positivo: specificare se				
	IgG	IgM		
Anti-Toxoplasma	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
Anti-CMV	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
Anti-Rosolia	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
Altro _____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
3. È stato eseguito il tampone vaginale per Streptococco β emolitico? Se sì, indicare il risultato: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg				
4. Se tampone vaginale è risultato positivo per Streptococco β emolitico, la madre è stata sottoposta a terapia antibiotica?				
5. Dopo la terapia antibiotica è stato eseguito un secondo tampone vaginale per Streptococco β emolitico? Se sì, indicare il risultato: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg				
6. La madre ha assunto farmaci durante la gravidanza? Se sì, quali?				
7. Durante la gravidanza sono sorte complicazioni?				
8. I controlli ecografici hanno rilevato qualche anomalia?				
9. Sono stati fatti test genetici da villi coriali/amniocentesi? Se sì, indicare il risultato				
10. La madre ha avuto aborti o figli nati morti o con idrope neonatale? Numero gravidanze precedenti = _____ Fecondazione: <input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> assistita <input type="checkbox"/> altro				
11. Sono state riscontrate patologie durante le gravidanze precedenti?				
12. La madre ha avuto febbre il giorno prima, durante, o dopo il parto (>38°C)?				
13. Sono stati somministrati farmaci durante il parto? Se sì, quali?				
14. Rottura di membrane? Se sì, indicare la durata in ore e minuti				
15. Presenza di meconio nel liquido amniotico?				
16. Settimane di gestazione = _____ Parto gemellare <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
17. <input type="checkbox"/> Parto fisiologico <input type="checkbox"/> Parto distocico <input type="checkbox"/> Taglio cesareo				
18. Peso placenta = _____ Anormalità placenta. Se SI, quale?				
19. È stato effettuato il prelievo dai vasi placentari, dopo secondamento? Se SI, indicare la quantità raccolta: ml = _____				
20. Bimbo nato alle ore = _____ Raccolta effettuata alle ore = _____				

Neonato: Cognome _____	Nome _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato a _____	Il / / _____	Etnia _____
I° APGAR = _____	II° APGAR = _____	Peso = _____
	N. braccialetto = _____	N. cartella clinica = _____

Data di compilazione ____/____/____ Firma della madre del neonato _____
Padre presente SI NO Se presente: 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)





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

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

Prima di effettuare il prelievo di sangue alla madre:

5. Valutazione dell'emodiluzione	<i>(barrare la casella pertinente)</i>	NO	SI
1. La madre ha avuto emorragie? Se SI quando? _____			
2. Alla madre è stato trasfuso sangue o suoi componenti entro le 48 ore precedenti il prelievo? Se SI scrivere il volume trasfuso _____ ml (A)			
3. Alla madre sono stati trasfusi colloidali entro le 48 ore precedenti il prelievo? Se SI scrivere il volume trasfuso _____ ml (B)			
4. Alla madre sono stati infusi cristalloidi un'ora prima del prelievo? Se SI scrivere il volume infuso _____ ml (C)			
5. Se la madre ha avuto emorragie e ha ricevuto sangue o derivati o colloidali entro le 48 ore precedenti o cristalloidi un'ora prima del prelievo, scrivere il peso della madre (kg) _____			
6. Calcolare la % di emodiluzione plasmatica = $B+C / (\text{volume totale del plasma del donatore}) \times 100 =$ _____ B = Colloidali ricevuti in totale (ml) nelle ultime 48 ore C = Cristalloidi ricevuti in totale (ml) nell'ultima ora TPV del donatore, stimato = peso in Kg x 40 ml/Kg = _____			
7. Calcolare % di emodiluzione totale = $A+B+C / (\text{volume totale del sangue}) \times 100 =$ _____ A = Sangue totale (ml) ricevuto nelle ultime 48 ore B = Colloidali ricevuti in totale (ml) nelle ultime 48 ore C = Cristalloidi ricevuti in totale (ml) nell'ultima ora TBV del donatore, stimato = peso in Kg x 70 ml/Kg = _____			
8. La percentuale di emodiluzione plasmatica e totale è < 50%? Il campione è idoneo. Effettuare il prelievo.			
9. La percentuale di emodiluzione plasmatica e totale è > 50%? Il campione NON è idoneo. N.B. Non effettuare il prelievo, rimandare il prelievo, ripetere il calcolo dopo almeno 2 ore ed eseguire il prelievo non appena la percentuale diventa < 50%.			

Da compilare a cura della Milano Cord Blood Bank

CONTROLLO E VALIDAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO INCLUSO IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO DEL PADRE

Il controllo e la validazione delle notizie cliniche è in carico al Direttore Medico o, in sua assenza, ad un delegato. Controllate le informazioni raccolte, barrare la casella conforme o non conforme.

Unità di sangue cordonale conforme non conforme conforme in deroga unità dedicata

Data ____/____/____ Cognome e Nome _____ Firma _____

