



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 ALLOGENICA DEL SANGUE CORDONALE PER USO NON DEDICATO (UNRELATED) STORIA CLINICA DELLA FAMIGLIA DEL DONATORE - QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Sezione 1

All'attenzione della madre e del padre. Per valutare l'idoneità all'uso clinico è necessario raccogliere la storia clinica e familiare della madre e del padre del neonato, per la valutazione del rischio di trasmissione di patologie con il sangue da cordone ombelicale. Le informazioni raccolte sono considerate strettamente confidenziali e il presente questionario sarà conservato presso la Milano Cord Blood Bank (MICB) che, qualora lo riteniate necessario, potete contattare al numero 02.5503.4087. Vi sollecitiamo a rivolgere tutte le vostre domande all'operatore abilitato che raccoglie la Vostra storia.

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

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	

In passato, la madre ha già donato o chiesto di donare il sangue da cordone ombelicale? NO SI

Se SI, Quando? _____ Dove? _____ Se NO, per quale motivo? _____

La madre è donatrice di sangue? NO SI

Se SI è mai stata sospesa dalla donazione? NO SI Se SI Per quale motivo? _____

Il padre è donatore di sangue? NO SI

Se SI è mai stato sospeso dalla donazione? NO SI Se SI Per quale motivo? _____

Note/Commenti relativi alle informazioni fin qui raccolte

Istruzioni per l'operatore sanitario che raccoglie l'anamnesi. Per sapere se la risposta fornita identifica un criterio di esclusione, l'operatore sanitario deve consultare la tabella 'Criteri per la selezione della coppia donatrice di sangue del cordone ombelicale' e l'allegato 'Guida alla selezione della coppia per la donazione allogenica per uso non dedicato (unrelated)', documenti forniti dalla Milano Cord Blood Bank, disponibili presso il proprio Centro di Raccolta.





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

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)

Sezione 2. Anamnesi della madre e del padre del neonato

Le seguenti domande sono formulate allo scopo di determinare se sussistono **criteri di esclusione permanente** alla donazione allogenica di sangue del cordone ombelicale, ad uso solidaristico. Sono riferiti alla madre e al padre, le eccezioni sono descritte nella singola domanda.

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
1. Lei o il padre del neonato siete affetti da malattie genetiche o congenite ? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ <i>Se patologie legate al cromosoma X si esclude in base al sesso del nascituro</i>			
2. Lei o il padre del neonato avete fatto uno screening genetico? Se SI Padre o madre? _____ Risultato _____ <i>N.B. questo NON È un criterio di esclusione è un'informazione che viene raccolta.</i>			
3. Lei o il padre del neonato siete affetti da malattie autoimmuni o immunologiche sistemiche compresa la tiroidite autoimmune di Hashimoto? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ <i>N.B. La celiachia non è criterio di esclusione se il soggetto segue una dieta priva di glutine.</i>			
4. Lei o il padre del neonato siete affetti da affezioni ematologiche congenite, genetiche, neoplastiche, acquisite a carico della serie bianca, delle piastrine, della serie rossa? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____			
5. Lei o il padre del neonato siete affetti da emoglobinopatie ? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ <i>N.B. se uno solo dei genitori è portatore di Beta- talassemia non è un criterio di esclusione.</i>			
6. Lei o il padre del neonato siete affetti da enzimopatie ? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ <i>N.B. se il padre ha il deficit di G6PD e il nascituro è maschio non è un criterio di esclusione.</i>			
7. Lei o il padre del neonato siete affetti da patologie ereditarie dei globuli rossi ? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ <i>N.B. se indagine genetica sul nascituro ha escluso la patologia non è criterio di esclusione.</i>			
8. Lei o il padre del neonato siete affetti da coagulopatia congenita o acquisita ? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ <i>Se uno solo dei genitori è portatore di mutazione di un fattore predisponente per eventi trombotici non è un criterio di esclusione in assenza di manifestazioni cliniche conclamate.</i>			
9. Lei o il padre del neonato siete affetti da neoplasie maligne : tumori solidi ad esclusione del carcinoma in situ con guarigione completa e dei casi previsti dalla normativa vigente? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____			
10. Lei o il padre del neonato siete stati sottoposti a trattamento con radioterapia o con chemioterapici/antiblastici? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____			
11. Lei o il padre del neonato siete affetti da affezioni gastrointestinali, epatiche, urogenitali, renali, cardiovascolari, dermatologiche, metaboliche o respiratorie, endocrine ? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ La genesi di tali affezioni è tumorale, immunologica o autoimmune? Rispondere SI o NO ___ Se SI quale? _____ Tali affezioni richiedono terapia farmacologica sistemica steroidea, immunomodulante, chemioterapica/antiblastica? Rispondere SI o NO ___ Se SI quale? _____ <i>N.B. la risposta SI alle ultime due domande esclude sempre.</i>			
12. Lei o il padre del neonato siete affetti da malattie organiche del sistema nervoso centrale : gravi affezioni attive, croniche o recidivanti? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ La genesi di tali affezioni è tumorale, immunologica o autoimmune? Rispondere SI o NO ___ Se SI quale? _____ Tali affezioni richiedono terapia farmacologica steroidea, immunomodulante, chemioterapica/antiblastica? Rispondere SI o NO ___ Se SI quale? _____ <i>N.B. la risposta SI alle ultime due domande esclude sempre</i>			





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

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)

Domande	<i>(barrare la casella pertinente)</i>	NO	SI
13. Lei o il padre del neonato siete affetti da epilessia che richieda terapia cronica con anticonvulsivanti? Se SI Padre o madre? _____			
14. Lei o il padre del neonato siete affetti da malattie psichiatriche in trattamento farmacologico? Se SI Padre o madre? _____ <i>N.B. se è il padre potrebbe non essere un criterio di esclusione permanente</i>			
15. Lei o il padre del neonato siete o siete stati affetti da malattie infettive in particolare: Epatite C, Epatite B, HIV 1-2, HTLV I/II? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____ Quando? _____			
16. Lei o il padre del neonato avete avuto risultati positivi al test HBsAg, anti-HCV, anti-HIV 1-2, anti-HTLV I/II, anti-Treponema pallidum (o altro test per la valutazione della sifilide)? Se SI Padre o madre? _____ Quale? _____			
17. Lei o il padre del neonato siete affetti da tubercolosi con patologia d'organo? Babesiosi? Lebbra? Kala Azar (Leishmaniosi viscerale)? Trypanosoma Cruzi (Malattia di Chagas)? Sifilide? Epatite ad eziologia indeterminata? Se SI Padre o madre? _____ Quali? _____			
18. Encefalopatia Spongiforme Trasmissibile (TSE) per esempio Malattia di Creutzfeld-Jakob (CJD) e nuova variante della Malattia di Creutzfeld-Jakob			
18.1 Lei o il padre del neonato avete antecedenti familiari che comportano un rischio di contrarre TSE, in particolare familiari affetti da TSE o da demenza familiare mortale? Se SI Padre o madre? _____ Familiare _____			
18.2 A lei o al padre del neonato sono state diagnosticate malattie causate da prioni come la TSE? Il morbo di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o una sua variante? Se SI Padre o madre? _____ Quale? _____			
18.3 Lei ha un'anamnesi di demenza a rapida progressione o di malattie neurologiche degenerative, comprese le patologie di origine sconosciuta? Se SI quale? _____			
18.4 Lei ha subito interventi neurochirurgici non documentati, trapianto della cornea, della sclera e/o della dura madre? Se SI quale? _____			
18.5 Lei, in passato è stata curata con medicinali estratti da ghiandola pituitaria umana?			
18.6 Lei ha ricevuto trasfusioni di sangue e di emoderivati provenienti dal Regno Unito o è stata sottoposta ad intervento chirurgico nel Regno Unito, dal 1980 al 1996?			
18.7 Lei ha soggiornato per più di 6 mesi cumulativi nel Regno Unito dal 1980 al 1996? <i>N.B. questo NON È un criterio di esclusione è un'informazione che deve essere raccolta.</i>			
19. Lei o il padre del neonato siete riceventi di xenotrapianto?			
20. Lei o il padre del neonato siete riceventi di innesti di tessuti/cellule o prodotti di derivazione animale , non autorizzati all'uso e, laddove è previsto, certificati esenti da BSE, da parte delle autorità competenti? Se SI Padre o madre? _____ Quale? _____			
21. Lei o il padre del neonato siete riceventi di trapianto di organo solido o di cellule staminali emopoietiche? Se SI Padre o madre? _____ Quale? _____			
22. Lei o il padre del neonato avete assunto sostanze farmacologiche per via intramuscolare (IM), endovenosa (EV) o tramite strumenti in grado di trasmettere malattie infettive: ogni uso attuale o pregresso non prescritto di sostanze farmacologiche o principi attivi comprese sostanze stupefacenti, steroidi od ormoni a scopo di attività sportive? Se SI Padre o madre? _____			
23. Lei o il padre del neonato avete assunto sostanze farmacologiche per via non endovenosa? Se SI Padre o madre? _____ tipo di stupefacente _____, quando _____ per quanto tempo _____ via di assunzione _____ <i>N.B. se assunte in un lontano passato e occasionalmente potrebbe non essere un criterio di esclusione permanente</i>			
24. Lei soffre di alcolismo cronico?			
25. Comportamento sessuale: rapporti sessuali che espongono ad alto rischio di contrarre gravi malattie infettive trasmissibili con il sangue			
25.1 Lei o il padre del neonato avete avuto rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'HIV o a rischio di esserlo?			
25.2 Lei o il padre del neonato avete avuto rapporti sessuali con un partner sessuale HBV+ o HCV+?			





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

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)

Domande	<i>(barrare la casella pertinente)</i>	NO	SI
25.3 Lei o il padre del neonato avete avuto rapporti sessuali con un partner che ha avuto precedenti comportamenti sessuali a rischio o del quale la madre/il padre ignora le abitudini sessuali?			
25.4 Lei o il padre del neonato avete avuto rapporti sessuali con un partner occasionale?			
25.5 Lei o il padre del neonato avete avuto rapporti sessuali con più partner?			
25.6 Lei o il padre del neonato avete avuto rapporti sessuali con soggetti tossicodipendenti?			
25.7 Lei o il padre del neonato avete avuto rapporti sessuali con scambio di denaro e droga?			
25.8 Lei o il padre del neonato avete avuto rapporti sessuali con partner, di cui non sia noto lo stato sierologico, nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa?			
26. Lei o il padre del neonato siete stati esposti a sostanze tossiche e metalli pesanti (cianuro, piombo, mercurio, oro, pesticidi) che possano essere trasmesse al ricevente in quantità tali da poterne compromettere la salute? Se SI Padre o madre? _____, quale sostanza _____, quando _____, dose di esposizione _____,			
27. Altre sostanze che possano essere trasmesse al ricevente in quantità tali da poterne compromettere la salute? Se SI Padre o madre? _____, quale sostanza _____, quando _____, dose di esposizione _____, dispositivi di protezione individuale utilizzati _____, sistemi di sicurezza adottati _____ <i>N.B. se si tratta del padre potrebbe non essere un criterio di esclusione permanente</i>			

Le seguenti domande sono formulate allo scopo di determinare se sussistono criteri di esclusione temporanea alla donazione allogenica di sangue del cordone ombelicale, ad uso solidaristico. Sono riferiti alla madre e alla gravidanza in atto. I tempi indicati sono da intendersi rispetto alla data del parto.

Domande	<i>(barrare la casella pertinente)</i>	NO	SI
Rischio di trasmettere malattie infettive			
28. È stata affetta da glomerulonefrite acuta da meno di 5 anni dalla completa guarigione? Se SI quando? _____			
29. È stata affetta da brucellosi, osteomielite, febbre Q, tubercolosi senza patologia d'organo da meno di 2 anni dalla completa guarigione? Se SI indicare quale delle patologie elencate? _____ Quando? _____			
30. È stata affetta da febbre reumatica, in assenza di cardiopatia cronica, da meno di 2 anni dalla completa guarigione? Se SI quando? _____			
31. È stata affetta da affezione di tipo influenzale da meno di 2 settimane dalla scomparsa dei sintomi? Se SI quando? _____			
32. È stata affetta da infezioni batteriche sistemiche da meno di 2 settimane dalla scomparsa dei sintomi e dalla sospensione di eventuale terapia antibiotica? Se SI quando? _____			
33. È stata affetta da herpes genitalis (Herpesvirus 2) da meno di 2 settimane dalla scomparsa delle vescicole? Se SI quando? _____			
34. È stata affetta dalla malattia di Lyme da meno di 12 mesi dalla guarigione clinica? Se SI quando? _____			
35. È stata affetta da toxoplasmosi o mononucleosi infettiva da meno di 6 mesi dalla guarigione clinica? Se SI quando? _____			
36. È stata esposta a soggetti affetti da altre malattie esantematiche o da altre malattie infettive? Se SI indicare quando _____, quale malattia _____, soggetto affetto _____ <i>N.B. l'esclusione è subordinata al periodo di incubazione della malattia, se la madre è recettiva</i>			
37. Ha contratto malattie infettive durante la gravidanza? Rosolia, Parotite, Toxoplasmosi, Varicella, Mononucleosi infettiva, CMV, malattia di Lyme ecc. Se SI indicare la malattia _____ Quando? _____			
38. Ha contratto malattie infettive sessualmente trasmesse durante la gravidanza? Infezioni da Clamidia, condilomatosi, linfogranuloma venereo, Mycoplasma genitalis. Se SI indicare la malattia _____ Quando? _____			
39. Ha contratto infezione da HPV documentata istologicamente? Se SI le lesioni sono state asportate o conizzate e il follow-up era negativo prima del parto? Rispondere NO/SI _____ Quando? _____			





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

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)

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
40. Ha vissuto per un periodo di 6 mesi o più continuativi in zona endemica per la malaria in un qualsiasi momento della sua vita? Se SI, dove? _____ Quando? _____ Se SI ha eseguito un test immunologico per la ricerca di anticorpi anti-malarici, eseguito almeno 6 mesi dopo l'ultima visita in area endemica? _____ Esito? _____			
41. Ha sofferto di malaria o di episodi febbrili non diagnosticati, compatibili con la diagnosi di malaria, durante un soggiorno in area endemica o nei 6 mesi successivi al rientro? Se SI, dove è stata? _____ Quando? _____ Se SI ha eseguito un test immunologico per la ricerca di anticorpi anti-malarici, eseguito almeno 6 mesi dopo l'ultima visita in area endemica? _____ Esito? _____			
42. Ha visitato un'area ad endemia malarica? Se SI, dove è stata? _____ Quando? _____ Ha sofferto di episodi febbrili o di altra sintomatologia compatibile con la diagnosi di malaria, durante il soggiorno o nei 6 mesi successivi al rientro? Rispondere SI o NO _____ Ha eseguito un test immunologico per la ricerca di anticorpi anti-malarici, eseguito almeno 6 mesi dopo il soggiorno? _____ Esito? _____ Se non ha eseguito il test sono trascorsi almeno 12 mesi dal soggiorno?			
43. È nata o sua madre è nata in paesi dove la malattia di Chagas (o Tripanosomiasi americana) è endemica, o è stata trasfusa in tali paesi, o ha viaggiato in aree a rischio (rurali) e soggiornato in condizioni ambientali favorevoli all'infezione (camping, trekking)? Se SI, dove è stata? _____ Quando? _____ Ha eseguito un test per anticorpi anti-Trypanosoma Cruzi, con che esito? _____			
44. Ha viaggiato in aree tropicali da meno di 6 mesi? Se SI, dove è stata? _____ Quando? _____ Ha sofferto di episodi febbrili al rientro, o ha avuto altri sintomi? Se SI quali? _____			
45. Ha viaggiato in paesi al di fuori delle aree tropicali dove è segnalata la presenza di malattie tropicali? Se SI, dove è stata? _____ Quando? _____ Ha sofferto di episodi febbrili al rientro, Le è stata diagnosticata una malattia infettiva, se sì quale? _____			
46. Negli ultimi 3 anni è stata all'estero (esclusi i paesi segnalati nelle domande precedenti)? Dove? _____ Quando? _____ Ha sofferto di episodi febbrili al rientro, o ha avuto altri sintomi? Se SI quali? _____			
47. Negli ultimi 28 giorni ha lasciato, dopo aver soggiornato almeno una notte, un'area a rischio per l'infezione da Virus del Nilo Occidentale (WNV)? Se SI, dove è stata? _____ Quando? _____ Ha sofferto di episodi febbrili al rientro, o ha avuto altri sintomi? Se SI quali? _____			
48. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato almeno una notte all'estero (esclusi i paesi segnalati nelle domande precedenti)? Dove? _____ Quando? _____ Ha sofferto di episodi febbrili al rientro, o ha avuto altri sintomi? Se SI quali? _____			
49. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato almeno una notte in una regione italiana diversa da quella di residenza? Dove? _____ Quando? _____ Ha sofferto di episodi febbrili al rientro, o ha avuto altri sintomi? Se SI quali? _____			
50. Ha ricevuto, in qualsiasi periodo della gravidanza, una diagnosi di infezione da Zika virus?			
51. Ha soggiornato o viaggiato, in qualsiasi periodo della gravidanza, in area a rischio (Centro America, Sud America, Africa, India, Pakistan, Asia, Indonesia, Filippine) per la presenza di infezione da Zika virus? Se SI, dove è stata? _____ Quando? _____			
52. Ha avuto, in qualsiasi periodo della gravidanza, un contatto sessuale con persona che ha ricevuto una diagnosi di infezione da Zika virus nei 6 mesi precedenti?			
53. Ha avuto, in qualsiasi periodo della gravidanza, un contatto sessuale con persona che ha soggiornato o viaggiato in area a rischio (vedi domanda 51) per la presenza di infezione da Zika virus nei 6 mesi precedenti? Se SI, quale Paese? _____ Quando? _____			
Rischio di contrarre infezioni virali trasmissibili con gli emocomponenti			
54. Negli ultimi 4 mesi è stata sottoposta ad indagini endoscopiche? Se SI quale _____ Quando? _____			
55. Negli ultimi 4 mesi è stata sottoposta ad intervento chirurgico maggiore? Se SI quale _____ Quando? _____			
56. Negli ultimi 4 mesi è stata sottoposta a trasfusioni di emocomponenti o somministrazione di emoderivati (ad eccezione dell'immunoprofilassi anti-D)? Se SI quale _____ Quando? _____			





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

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)

Domande	<i>(barrare la casella pertinente)</i>		NO	SI
57. Negli ultimi 4 mesi è stata sottoposta a trapianto di cellule e tessuti di origine umana in relazione alla patologia che ne ha determinato la necessità? Se SI quale _____ Quando? _____				
58. Negli ultimi 4 mesi si è sottoposta a tatuaggio o body piercing o agopuntura non eseguita da professionisti qualificati con ago usa e getta (comunque in assenza di certificato medico)? Se SI Quando? _____				
59. Negli ultimi 4 mesi ha avuto lesioni da ago o spruzzo delle mucose con sangue? Se SI Quando? _____				
60. Negli ultimi 4 mesi ha avuto contatti sessuali occasionali potenzialmente tutti a rischio di trasmissione di malattie infettive (HBV, HCV, HIV)? Se SI Quando? _____				
61. Ha avuto una convivenza prolungata ed abituale con soggetto, non partner sessuale, con positività per HBsAg e/o anti HCV? Se SI Quando? _____ Sono trascorsi almeno 4 mesi dopo la cessazione della convivenza?				
62. Negli ultimi 4 mesi ha avuto una convivenza occasionale con soggetto, non partner sessuale, con positività per HBSAg e/o anti HCV? Se SI Quando? _____				
Altre condizioni che comportano esclusione temporanea				
63. Lei o il padre del neonato siete affetti da malattia di eziologia sconosciuta? Se SI Padre o madre? _____				
64. Nell'ultima settimana è stata sottoposta ad intervento chirurgico minore? Per intervento minore si intendono anche alcune cure odontoiatriche quali estrazione, devitalizzazione ed interventi analoghi. Se SI quando? _____				
65. Nelle ultime 48 ore è stata sottoposta a cure odontoiatriche di minore entità? Se SI Quando? _____				
66. Cure odontoiatriche. Negli ultimi 4 mesi è stata sottoposta a innesto di tessuto osseo autologo o omologo? Se SI Quando? _____				
67. Farmaci. È sottoposta a terapie farmacologiche? Se SI quali farmaci? _____ Ultima assunzione? _____ Dall'inizio della gravidanza ha assunto farmaci? Se SI quali? _____ Quando? _____ Per quanto tempo? _____ Per quale motivo? _____				
68. Farmaci. Ha avuto allergie a farmaci? Se SI quando? _____ In gravidanza? Rispondere SI o NO _____ L'allergia si è accompagnata a deficit immunologici o a manifestazioni sistemiche gravi? Rispondere SI o NO _____ L'allergia si è accompagnata solo a manifestazioni cutanee isolate lievi? Rispondere SI o NO _____				
69. Vaccinazioni. Nelle ultime 48 ore è stata sottoposta a vaccinazione con vaccini da virus, batteri, rickettsie, uccisi/inattivati (tra cui: influenza, parotite, tifo, paratifo, colera, polio sottocute, febbre delle montagna rocciose), tossoidi (tetano, difterite)? Se SI ha avuto sintomi? Rispondere SI o NO e quali _____				
70. Vaccinazioni. Nelle ultime 48 ore è stata sottoposta a vaccinazione antirabbica Se SI ha avuto sintomi? Rispondere SI o NO e quali _____ È stata vaccinata in seguito ad esposizione? Rispondere SI o NO _____ Se SI sono trascorsi 12 mesi? Rispondere SI o NO _____				
71. Immunoprofilassi. Negli ultimi 4 mesi ha ricevuto immunoglobuline di origine umana (IgG anti epatite-B, IgG anti-tetano, ecc.)? Se SI quali? _____				
72. Ha ricevuto l'immunoprofilassi anti-D? Se SI nelle 16 settimane precedenti il parto? Quando (scrivere data)? _____ <i>N.B. si ammette alla donazione e verrà sottoposta a controllo della sierologia 6 mesi dopo il parto. Non è un criterio di esclusione è una informazione da raccogliere</i>				

Le seguenti domande sono domande aggiuntive per la valutazione del rischio richieste per l'uso clinico del sangue da cordone ombelicale negli Stati Uniti. Rispondere a tutte le domande, l'idoneità verrà valutata dalla Milano Cord Blood Bank

Domande	<i>(barrare la casella pertinente)</i>		NO	SI
73. Ha ricevuto insulina di origine bovina dal 1980?				
74. Nell'ultimo anno è stata sottoposta a vaccinazione anti-rabbica?				
75. Nelle ultime 8 settimane ha avuto iniezioni o vaccinazioni? Se SI quali _____				
76. Nelle ultime 12 settimane è stata a contatto con qualcuno che ha ricevuto una vaccinazione anti- vaiolosa? (Esempi: contatti fisici intimi, contatto con il sito di vaccinazione, manipolazione della benda che copre la vaccinazione)				
77. Negli ultimi 4 mesi ha avuto una o più delle seguenti situazioni: febbre > 38.06°C, mal di testa, debolezza muscolare, eruzione cutanea sul tronco, gonfiore alle ghiandole linfatiche? Se SI quale _____				
78. Negli ultimi 5 anni ha ricevuto concentrati di fattori della coagulazione di origine umana?				





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

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)

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
79. Durante la gravidanza ha avuto una diagnosi di West del Nilo Occidentale (WNV) o un test positivo per WNV?			
80. Negli ultimi 12 mesi è stata trattata per patologie a trasmissione sessuale, inclusa la sifilide?			
81. Negli ultimi 12 mesi è stata detenuta per più di 72 ore consecutive?			
82. Ha inspiegabile sudorazione notturna?			
83. Ha inspiegabile perdita di peso?			
84. Ha inspiegabile e persistente diarrea?			
85. Ha inspiegabile tosse o affanno?			
86. Ha inspiegabili macchie blu o viola sulla pelle o sulle mucose, tipiche del sarcoma di Kaposi?			
87. Ha un'inspiegabile febbre > 38.06°C da più di 10 giorni?			
88. Ha segni fisici di infezione come eruzioni cutanee generalizzate?			
89. Ha vescicole, croste, cicatrici, eczemi, lesioni necrotiche correlate a recenti vaccinazioni?			
90. Ha evidenza di ulcere a livello genitale, herpes simplex, manifestazioni cutanee dovute a malattie sessuali trasmissibili?			
91. Ha inspiegabili macchie bianche o piaghe in bocca?			
92. Ha un'inspiegabile splenomegalia o ittero?			
93. Ha segni di utilizzo di aghi?			
94. Ha inspiegabili rigonfiamenti al collo, alle ascelle, all'inguine da più di un mese?			
95. Altre infezioni in gravidanza? Se SI quali _____			
96. Sa che una persona con l'AIDS può trasmettere il virus anche se si sente bene ed ha il test per HIV negativo?			
97. Dal 1980 al 1996 ha prestato servizio come militare, impiegato civile o altro in una base militare negli Stati Uniti?			
98. Dal 1980 al 1990 ha trascorso oltre 6 mesi, anche non consecutivi in una base militare americana, come militare, impiegato civile o altro, in uno dei seguenti paesi: Regno Unito, Belgio, Paesi Bassi o Germania?			
99. Dal 1980 al 1996 ha trascorso oltre 6 mesi, anche non consecutivi, in una base militare americana, come militare, impiegato civile o altro, in uno dei seguenti paesi: Spagna, Portogallo, Turchia, Italia o Grecia?			
100. Dal 1977, è nata, ha vissuto, o ha viaggiato in uno stato africano? Quale stato? _____			
101. Se ha risposto SI alla domanda precedente, mentre era in quello stato africano, ha ricevuto trasfusioni o trattamenti medici con prodotti derivati da sangue?			
102. Ha avuto contatti sessuali con qualcuno che è nato o ha vissuto in uno stato africano? Quale stato? _____			

Sezione 3. Anamnesi della famiglia del neonato

Le seguenti domande sono formulate allo scopo di determinare se sussistono **criteri di esclusione per anamnesi familiare materna, paterna e della prole**, alla donazione allogenica di sangue del cordone ombelicale ad uso solidaristico.

In questo contesto, per famiglia del neonato si intende: madre del neonato, padre del neonato, fratelli/sorelle del neonato, nonni materni e paterni del neonato, fratelli/sorelle della madre e del padre del neonato ovvero zii.

Per ogni domanda barrare la casella NO o SI. Se la risposta è SI rispondere ai quesiti richiesti per ciascuna domanda ed indicare il familiare a cui si riferisce barrando la casella corrispondente alla sigla del/i familiare/i. Se pertinente, allegare la documentazione clinica disponibile.

Legenda sigle: MN=Madre del Neonato, PN=Padre del Neonato, FN=Fratelli/sorelle del neonato, NM=Nonni Materni del neonato, NP= Nonni Paterni del neonato, ZM= fratelli/sorelle della madre del neonato (zii), ZP= fratelli/sorelle del padre del neonato (zii)

Domande	NO	SI:	MN	PN	FN	NM	NP	ZM	ZP
103. La madre o il padre sono stati adottati?									
104. Se la risposta precedente è SI la storia familiare è nota? <i>N.B. se la storia familiare non è nota è un criterio di esclusione</i>									
105. Esiste consanguineità tra la madre e il padre del neonato (es. cugini)?									
106. Esiste consanguineità tra i nonni naturali del neonato (genitori della madre o del padre)?									
107. Se le risposte precedenti sono SI la storia familiare è nota? <i>N.B. se la storia familiare non è nota è un criterio di esclusione</i>									





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

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)

Domande	NO	SI:	MN	PN	FN	NM	NP	ZM	ZP
108. Esistono patologie ematologiche? Se SI quali _____									
109. Esistono patologie oncologiche? Se SI quali _____									
110. Esistono patologie genetiche, ereditarie? Se SI quali _____									

Sezione 4. Anamnesi ostetrica

Le seguenti domande sono formulate allo scopo di determinare se sussistono **criteri di esclusione ostetrici riferiti a gravidanze precedenti**, alla donazione allogenica di sangue del cordone ombelicale ad uso solidaristico.

Domande	<i>(barrare la casella pertinente)</i>	
	NO	SI
111. Ha avuto gravidanze precedenti? Se SI quante? _____ Numero di figli _____		
112. Si sono verificati casi di Morte Endouterina Fetale (MEF)? Se SI è stata individuata una patologia? Rispondere NO o SI _____ Se SI quale? _____		
113. Ha avuto interruzione terapeutica di gravidanza? Se SI è stata individuata una patologia? Rispondere NO o SI _____ Se SI quale? _____		
114. Ha avuto interruzione volontaria di gravidanza? Se SI per patologia? _____ Rispondere NO o SI _____ Se SI quale? _____		
115. Poliabortività. Ha avuto 3 o più aborti spontanei consecutivi, oppure 4 o più aborti anche non consecutivi? Se SI è stata individuata una patologia? Rispondere NO o SI _____ Se SI quale? _____		
116. È stata riscontrata la mola vescicolare completa o parziale? <i>N.B. Se SI è un criterio di esclusione alla donazione per la presente e le future gravidanze</i>		

Le seguenti domande sono formulate allo scopo di determinare se sussistono **criteri di esclusione ostetrici (materni e fetali) riferiti all'attuale gravidanza**, che possono essere raccolte prima del parto, al momento del colloquio.

Criteri materni

Domande	<i>(barrare la casella pertinente)</i>									
	NO	SI								
117. La fecondazione è stata medicalmente assistita eterologa? <i>N.B. esclude sempre se non sono disponibili informazioni anamnestiche documentate relative alla madre/padre biologico e alle rispettive famiglie</i>										
118. La fecondazione è stata medicalmente assistita? Se SI la madre è stata stimolata con gonadotropine corioniche di origine umana per le quali è dichiarato dal produttore un rischio biologico? Rispondere NO o SI _____ Se SI quali? _____										
119. Ha avuto diabete gestazionale associato a complicanze? Se SI è stata trattata con insulina o è stato compensato con la dieta? Indicare se insulina o dieta _____										
120. Ha avuto gestosi gravidica: pre-eclampsia grave, eclampsia, HELLP Syndrome? <i>N.B. Se SI è un criterio di esclusione</i>										
121. Ha avuto diatesi trombofilica?										
122. Ha avuto distacco di placenta? <i>N.B. Se SI è un criterio di esclusione</i>										
123. Durante la gravidanza la madre è stata sottoposta a screening infettivologico? Se SI scrivere risultato e data										
	Nega- tivo	Posi- tivo	Non noto	Data		Nega- tivo	Posi- tivo	Tipo di positività	Non noto	Data
HBsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anti- Toxoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
anti-HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anti-CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
anti-HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anti-Rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
TPHA o VDRL o anti- Treponema p.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	





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

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)

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
124. È stato eseguito il tampone vaginale per Streptococco β emolitico? Risultato: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg			
125. Se il risultato è positivo per Streptococco β emolitico, la madre è stata sottoposta a terapia antibiotica? Se SI quando? _____			
126. Dopo terapia antibiotica è stato fatto il tampone vaginale (Streptococco β emolitico)? Risultato: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg			
127. Durante la gravidanza sono sorte complicazioni? Quali? _____			

Criteri fetali

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
128. Sono state individuate patologie malformative, malattie genetiche o congenite? Se SI quali? _____ Sono state riscontrate ai controlli ecografici? Rispondere NO/SI _____			
129. Sono stati effettuati test genetici da villi coriali/amniocentesi? Se SI indicare il risultato _____			
130. È stata individuata una patologia cromosomica, accertata con amniocentesi? Se SI quale? _____			
131. È stato riscontrato un arresto o un ritardo di crescita grave (curva di crescita <5° centile)?			

Risposte ottenute: dalla madre del neonato dal padre del neonato da entrambi (barrare la casella pertinente).
Note/Commenti relativi alle informazioni fin qui raccolte

Dichiaro di essere stata/o informata/o 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 di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti.

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 _____

Nome e Firma dell'eventuale mediatore culturale, se pertinente _____
(i membri della famiglia non possono fungere da traduttori o interpreti)

Sezione 5. Anamnesi ostetrica raccolta al parto

Le seguenti domande sono formulate allo scopo di determinare se sussistono **criteri di esclusione ostetrici (materni e neonatali) da valutare intrapartum**, alla donazione allogena di sangue del cordone ombelicale ad uso solidaristico.

Criteri materni

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
132. Se l'anamnesi della madre e della famiglia è stata compilata precedentemente, le notizie fornite vanno ricontrollate allo scopo di segnalare aggiornamenti o variazioni. Aggiornamenti/variazioni da segnalare? Quali? _____			
133. La gestazione è minore di 37 settimane compiute? Numero di settimane= _____ <i>N.B. se < 37 settimane escludere</i>			
134. La rottura delle membrane è maggiore di 12 ore? <i>N.B. se > 12 ore escludere</i>			
135. La madre ha avuto febbre >38°C nelle 24 ore precedenti, al momento del parto, o dopo il parto? <i>N.B. se febbre >38°C escludere</i>			
136. Presenza di vescicole in forma attiva di Herpes tipo 2? <i>N.B. se SI escludere</i>			
137. Eclampsia? Preeclampsia? <i>N.B. eclampsia e preeclampsia escludono</i>			
138. Parto vaginale operativo? Nel caso in cui l'impegno assistenziale verso madre e bambino rendano impossibile effettuare il prelievo <i>N.B. parto vaginale operativo nella situazione descritta esclude</i>			
139. Parto distocico? <i>N.B. parto distocico esclude</i>			





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

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)

Criteri materni

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
140. Malformazioni congenite del neonato? <i>N.B. malformazioni congenite escludono</i>			
141. Distress fetale-neonatale che comporti la necessità da parte del personale addetto al prelievo di provvede all'assistenza del neonato? <i>N.B. se SI esclude</i>			
142. Liquido francamente tinto (M3)? <i>N.B. se SI esclude</i>			
143. Apgar < 7 al 1° minuto? Apgar al 1° minuto=_____ Apgar al 5°=_____ Se Apgar < 7 al 5° minuto (se sangue cordonale già raccolto) descrivere la causa _____			

Informazioni da raccogliere al parto

Domande	(barrare la casella pertinente)	NO	SI
144. Il parto è gemellare?			
145. Indicare il tipo di parto barrando la casella pertinente <input type="checkbox"/> Parto fisiologico Taglio cesareo: <input type="checkbox"/> in situ <input type="checkbox"/> non in situ			
146. Peso placenta=_____g. Anormalità placenta? Se SI quali? _____			
147. È stato effettuato il prelievo dai vasi placentari, dopo secondamento?			
148. Ora di nascita (ora e minuti)=_____:_____ Ora di raccolta (ora e minuti)=_____:_____			
149. Stato di salute del bambino (formulare un breve giudizio) _____			

Anagrafica Neonato. Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Sesso _____ Data di nascita ____/____/____ Peso = g _____
Etnia _____ N. braccialetto _____ N. cartella clinica _____

Note/Commenti relativi alle informazioni fin qui raccolte

Dichiaro di essere stata/o informata/o 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 di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti.

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 _____

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

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)

Prima di effettuare il prelievo di sangue alla madre:

6. 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

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

