



Allegato B (V12 1/3 apr. 2018)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRE-ISCRIZIONE

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

Cognome:..... Nome:..... Data di nascita:

Sesso: M F Altezza:.....cm. Peso:.....Kg.

Gruppo etnico: Caucasico Orientale Negroide Ispanico Misto

Valutazione Generale e tutela del donatore		Risposta	
1. È attualmente in buona salute?		NO	SI
2. Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?		NO	SI
Per cosa ?	Da quando ?	specificare	
3. E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?		NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare	
4. Ha mai avuto un ricovero ospedaliero per ragioni non legate a un intervento chirurgico?		NO	SI
Per quale motivo? :	Quando?	specificare	
5. Ha sofferto o soffre di malattie infettive, malattie auto-immunitarie, tumori maligni, malattie ematologiche (come leucemia, linfoma, mieloma ...), malattie genetiche dei globuli rossi (come falcemia, favismo ...)?		NO	SI
		specificare	
6. Ha sofferto o soffre di malattie delle ossa o delle articolazioni, malattie reumatologiche, malattie dermatologiche, problemi circolatori (per esempio trombosi) o cardiaci, malattie respiratorie, malattie delle vie digerenti o del fegato (come epatite virale ..), malattie renali o delle vie urinarie ? (Se è una donatrice) ha mai avuto malattie ginecologiche ?		NO	SI
		specificare	
7. Ha mai sofferto di epilessia e/o crisi convulsive?		NO	SI
Quando?	specificare		
8. Ha mai ingerito o è mai stato esposto a sostanze tossiche (es: cianuro, piombo, mercurio) o a radiazioni?		NO	SI
Quali? :	specificare		
9. In famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie ?		NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	specificare	

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

10. Ha parenti affetti da malattie congenite o da malattie genetiche come anemia mediterranea, favismo, altre malattie ematologiche, o altre malattie rare?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	specificare

Patologie potenzialmente trasmissibili e tutela del ricevente	Risposta	
11. Ha letto e compreso (allegato C) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili ?	NO	SI
12. Ha mai assunto sostanze stupefacenti?	NO	SI
Quali? :	per quanto tempo?	specificare
13. E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B, l'epatite C o per l'AIDS?	NO	SI
14. In famiglia vi sono stati casi, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi o di malattia della "mucca pazza"?	NO	SI
15. Ha ricevuto in passato somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	NO	SI
16. E' mai stato sottoposto a trapianto autologo, allogenico o xenotrapianto di organi, tessuti o di cellule? E' mai stato sottoposto a trapianto di cornea ?	NO	SI
Quando? :	per :	specificare
17. E' donatore di sangue, plasmaferesi o pistrinoaferesi?	NO	SI
Presso quale centro? :	ultima donazione?	
18. Le è mai stato indicato di non donare sangue?	NO	SI
19. E' mai stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?	NO	SI
Quando? :	specificare	

Solo per le donatrici	Risposta	
20. È attualmente in gravidanza?	NO	SI
21. Ha mai avuto gravidanze ?	NO	SI
Quante: ?	Quando l'ultima ? :	specificare
22. Ha mai avuto interruzioni di gravidanza?	NO	SI
Quante: ?	Quando l'ultima ? :	specificare

Precedenti donazioni	Risposta	
23. Ha già donato in precedenza cellule staminali emopoietiche da sangue midollare o da sangue periferico per un suo familiare ?	NO	SI
Quando: ?	Quali CSE (midollo/PBSC):	specificare
Il ricevente è ancora in vita?		
24. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
specificare		

Il sottoscritto dichiara:

- di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra;
- di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle condizioni descritte;
- di aver ottenuto ampia spiegazione sulle procedure di prelievo;
- di aver avuto la possibilità di chiedere chiarimenti;
- di essere consapevole che potrei essere ricontattato dal personale medico deputato al giudizio finale di idoneità per chiarimenti e che in caso di non idoneità non verrò iscritto ed i campioni biologici a me prelevati verranno eliminati;
- di sottoporsi volontariamente al prelievo di un campione biologico (sangue, saliva o tampone buccale) conscio che, in futuro, accertata la compatibilità con un paziente in attesa di trapianto di CSE, tra le varie indagini che verranno espletate, necessarie all'accertamento della mia idoneità alla donazione e alla tutela del ricevente, sono comprese quelle relative all'infezione da HIV.

In fede,

Data: (firma del donatore)

Firma del sanitario che ha intervistato, verificato l'identità, provveduto alla raccolta delle informazioni e colloquiato con il candidato donatore

Giudizio di idoneità/inidoneità

Presa visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico, dichiaro che il volontario

soddisfa soddisfa in deroga* non soddisfa

i criteri di eleggibilità richiesti per l'iscrizione come potenziale donatore di CSE.

*Specificare.....

Nome e Cognome:.....Qualifica:.....

Struttura di appartenenza:.....

Data:

In fede,

(firma del medico).....

Timbro