



*Allegato B1* (VO 1/3 agosto 2021)

**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  Nero  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
<b>Per cosa ?</b>	<b>Da quando ?</b>	<b>specificare</b>	
3. E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?		NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>	
4. Ha mai avuto un ricovero ospedaliero per ragioni non legate a un intervento chirurgico?		NO	SI
<b>Per quale motivo? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>	
5. Ha sofferto o soffre di malattie infettive (es: Covid-19), malattie auto-immunitarie, tumori maligni, malattie ematologiche (come leucemia, linfoma, mieloma ...), malattie genetiche dei globuli rossi (come falcemia, favismo ...)?		NO	SI
		<b>specificare</b>	
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, malattie neurologiche? (Se è una donatrice) ha mai avuto malattie ginecologiche ?		NO	SI
		<b>specificare</b>	
7. Ha mai sofferto di epilessia e/o crisi convulsive?		NO	SI
<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>		
8. Ha mai sofferto di attacchi di panico/stati d'ansia?		NO	SI
<b>In quale circostanza?</b>	<b>Quando</b>	<b>specificare</b>	
9. Ha mai ingerito o è mai stato esposto a sostanze tossiche (es: cianuro, piombo, mercurio) o a radiazioni?		NO	SI
<b>Quali?</b>		<b>specificare</b>	

10. In famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie ?	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____ <b>specificare</b> _____		
11. Ha parenti affetti da malattie congenite o da malattie genetiche come anemia mediterranea, favismo, altre malattie ematologiche, Black-fan Diamond o altre malattie rare?	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____ <b>specificare</b> _____		
<b>Patologie potenzialmente trasmissibili e tutela del ricevente</b>		<b>Risposta</b>
12. Ha letto e compreso (allegato C) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili ?	NO	SI
13. Ha mai assunto sostanze stupefacenti?	NO	SI
<b>Quali? :</b> _____ <b>per quanto tempo?</b> _____ <b>specificare</b> _____		
14. E' dedito all'alcool?		
15. E' mai risultato positivo ai test per l'epatite A, B, C, E o per l'AIDS?	NO	SI
16. In famiglia vi sono stati casi, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi o di malattia della "mucca pazza"?	NO	SI
17. Ha ricevuto in passato somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	NO	SI
18. 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
<b>Quando? :</b> _____ <b>per :</b> _____ <b>specificare</b> _____		
19. E' mai stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?	NO	SI
<b>Quando? :</b> _____ <b>specificare</b> _____		
20. E' donatore di sangue, plasma o piastrine? <b>Se si, indicare presso quale centro:</b> _____	NO	SI
21. Le è mai stato indicato di non donare sangue?	NO	SI
22. Ha già donato in precedenza cellule staminali emopoietiche da sangue midollare o da sangue periferico per un suo familiare ?	NO	SI
<b>Quando: ?</b> _____ <b>Quali CSE (midollo/PBSC):</b> _____ <b>specificare</b> _____		
<b>Il ricevente è ancora in vita?</b>		
23. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
<b>specificare</b> _____		
<b>Solo per le donatrici</b>		<b>Risposta</b>
24. È attualmente in gravidanza?	NO	SI
25. Ha mai avuto gravidanze?	NO	SI
<b>Quante: ?</b> _____ <b>Quando l'ultima ? :</b> _____ <b>specificare</b> _____		
26. Ha mai avuto interruzioni di gravidanza?	NO	SI
<b>Quante: ?</b> _____ <b>Quando l'ultima ? :</b> _____ <b>specificare</b> _____		

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 (Allegato C) 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) .....

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

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

Struttura di appartenenza:.....

Firma del sanitario:.....Data:.....

*Giudizio finale di idoneità/inidoneità in capo a CD/PR*

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

soddisfa  non soddisfa

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

Se soddisfa: codice IBMDR assegnato:.....

Eventuali note.....

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

Struttura di appartenenza:.....

Data: .....

In fede,

(firma del medico).....

Timbro