



Allegato B (V10 1/5 feb. 2016)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRE-ISCRIZIONE

Le risposte che Lei fornirà sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione clinica 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

Valutazione Generale e tutela del donatore		Risposta	
1. È attualmente in buona salute?		NO	SI
2. Sta facendo terapie farmacologiche per propria decisione, per prescrizione medica o assume sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati al di fuori della distribuzione autorizzata?		NO	SI
Per cosa ?	Da quando ?	specificare	
3. Prende abitualmente aspirina o altri analgesici?		NO	SI
Quali ?	Quando ?	specificare	
4. Ha effettuato recentemente cure odontoiatriche?		NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare	
5. Ha in previsione di andare dal medico, dal dentista e/o altro sanitario (es. fisioterapista)?		NO	SI
Per quale motivo?:	Quando?	specificare	
6. Soffre o ha sofferto di stati depressivi?		NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare	
7. Ha sofferto o soffre di malattie auto-immuni (es: tiroidite di Hashimoto), malattie gastrointestinali, osteo-articolari, tumori benigni e/o maligni, tubercolosi, diabete, epilessia e/o crisi convulsive e/o svenimenti, malattie infettive, ittero e/o epatite, malattie renali, reumatiche, tropicali, malattie ematologiche genetiche (come anemia mediterranea, falcemia, favismo, altri deficit enzimatici)?		NO	SI
		specificare	
8. ha mai avuto problemi di ipertensione o è in cura dal suo medico per l'ipertensione?		NO	SI
Per cosa ?	Da quando ?	specificare	

9. Ha mai avuto problemi circolatori (per esempio trombosi), problemi cardiaci, dolore toracico legato a problemi cardiaci, febbre reumatica ?	NO	SI
Quali? :		Quando?
		specificare
10. Ha mai avuto problemi respiratori, asma o fiato corto ?	NO	SI
Quali? :		Quando?
		specificare
11. Soffre di allergia a cibi, medicinali, sostanze (lattice) o febbre da fieno? Ha mai avuto shock anafilattico?	NO	SI
Quali ?		Quando ?
		specificare
12. Ha mai sofferto di febbri di natura ignota?	NO	SI
13. Ha mai notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?	NO	SI
14. Ha notato una perdita di peso non giustificata (non dovuta a dieta) negli ultimi tempi?	NO	SI
15. 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
16. Ha parenti affetti da malattie congenite o genetiche come anemia mediterranea, anemia di Blackfan Diamond , favismo, altre malattie ematologiche, o altre malattie rare?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:		patologia:
		specificare
17. E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?	NO	SI
Quali? :		Quando?
		specificare
18. Ha mai avuto problemi con l'anestesia generale o locale ?	NO	SI
Quali? :		Quando?
		specificare
19. Ha mai avuto un ricovero ospedaliero per ragioni non legate ad un intervento chirurgico?	NO	SI
Per quale motivo? :		Quando?
		specificare
20. Ha effettuato o deve eseguire indagini endoscopiche?	NO	SI
Quali? :		Quando?
		specificare
21. Ha effettuato procedure che comportino l'uso di catetere?	NO	SI
Quali? :		Quando?
		specificare

22. Ha mai avuto forti mal di schiena, lombosciatalgia ?	NO	SI
Quando? specificare		
23. Ha attività o hobby rischiosi?	NO	SI
Quali? : specificare		
24. Ha ingerito o è stato esposto a sostanze tossiche (es: cianuro, piombo, mercurio) o a radiazioni?	NO	SI
Quali? Quando? specificare		
25. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
specificare		
26. E' donatore di sangue, plasmaferesi o piastrinoferesi?	NO	SI
Presso quale centro? : ultima donazione?		
27. Le è mai stato indicato di non donare sangue?	NO	SI
Patologie potenzialmente trasmissibili e tutela del ricevente	Risposta	
28. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?	NO	SI
29. Ha ricevuto in passato somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	NO	SI
30. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule, di origine autologa, allogenica o xenotrapianto?	NO	SI
Quando? : per : specificare		
31. Ha letto e compreso (allegato C) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili e non si riconosce in nessuna delle descritte condizioni?	NO	SI
32. Ha mai assunto sostanze stupefacenti?	NO	SI
Quali? : per quanto tempo? specificare		
33. È dedito all'alcool?	NO	SI
34. Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive o ha mai avuto malattie sessualmente trasmesse?	NO	SI
35. E' mai risultato positivo ai test per l'epatite B, l'epatite C o per l'AIDS?	NO	SI
36. Ha mai avuto rapporti sessuali con un partner, che per quanto di Sua conoscenza fosse risultato positivo ai test per l'epatite B, l'epatite C o per l'AIDS?	NO	SI
37. Si è sottoposto a tatuaggi?	NO	SI
Quando? : specificare		
38. Si è sottoposto a piercing (foratura) delle orecchie o di altra parte del corpo?	NO	SI
Quando? : specificare		

39. Si è sottoposto ad agopuntura?	NO	SI
Quando? specificare	←	
40. E' mai stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?	NO	SI
Quando? : specificare	←	
41. Negli ultimi 4 mesi, si è mai ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	NO	SI
Quando? : specificare	←	
42. È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	NO	SI
Quando? Per cosa? specificare	←	
43. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato recentemente all'estero?	NO	SI
Quando? : Dove : specificare	←	
44. Ha recentemente soggiornato in località segnalate per malattie endemiche o in paesi tropicali o in paesi a rischio di malaria?	NO	SI
Quando? : Dove : specificare	←	
45. I suoi genitori sono nati in Paesi dell'America centrale, del Sud o in Messico?	NO	SI
Dove:	←	
46. Ha in programma di assentarsi per un certo periodo di tempo (vacanza o trasferimento) ?	NO	SI
Quando? : specificare	←	

Solo per le donatrici		Risposta	
47. È attualmente in gravidanza?	NO	SI	
48. Ha mai avuto gravidanze ?	NO	SI	
Quante: ? Quando l'ultima ? : specificare	←		
49. Ha mai avuto interruzioni di gravidanza?	NO	SI	
Quante: ? Quando l'ultima ? : specificare	←		

Precedenti donazioni		Risposta	
50. Ha già donato in precedenza cellule staminali emopoietiche da sangue midollare o da sangue periferico per un familiare?	NO	SI	
Quando? Quali CSE (midollo/PBSC)?: specificare	←		
Per chi? Il suo ricevente è ancora in vita?:			

Attraverso quale fonte è venuto a conoscenza del programma di donazione di CSE ed ha per questo deciso di iscriversi come donatore?

(Barrare con una X)

1. Servizio Trasfusionale/Associazioni sangue - sono già un donatore di sangue
2. Associazioni Donatori di Midollo Osseo (es: ADMO, ADOCES etc..)
3. un mio amico/conoscente già iscritto
4. scuola/università
5. mass media (programmi televisivi o radiofonici nazionali e/o locali)
6. social network
7. un mio amico ha superato il limite di età per continuare ad essere donatore e mi ha chiesto di diventare il suo 'sostituto'
8. un parente/conoscente affetto da patologia che necessita di trapianto di CSE
9. Evento di reclutamento in piazza (Ehi tu hai midollo, etc.)

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 buccal swab) 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

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

soddisfa non soddisfa

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

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

Struttura di appartenenza:.....

Data:

In fede,

(firma del medico).....

Timbro