

**Allegato B - SCO** (v4 1/15 lug. 2020)**QUESTIONARIO ANAMNESTICO****DONAZIONE SCO ALLOGENICA SOLIDARISTICA****PARTE – A - VALUTAZIONE DELLA SALUTE DELLA MADRE DEL NEONATO****Madre del neonato**

Cognome:..... Nome:.....

Luogo di nascita:.....Data di nascita:

Etnia:

Occupazione / professione

Residente a:.....Via:..... n°..... CAP:.....

Telefono:Cellulare:.....

e-mail

Epoca presunta del parto..... settimana di gestazione

Anamnesi materna generale

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

| informazioni | | 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 in particolare durante questa gravidanza? | | NO | SI |
| Per cosa ? | Da quando ? | specificare | |
| 3. E' mai stata ricoverata in ospedale? Per quali malattie? | | NO | SI |
| Quali? : | Quando? | specificare | |
| 4. Le sono mai state diagnosticate malattie genetiche o malattie congenite? | | NO | SI |
| | | specificare | |

| | | | |
|---|--|----------|----|
| 5. Ha sofferto o soffre di malattie auto-immuni (in particolare di tiroidite autoimmune, come la Tiroidite di Hashimoto o il Morbo di Basedow)? | | la NO | SI |
| specificare | | | |
| 6. Ha sofferto o soffre di malattie reumatologiche (come il Lupus eritematoso sistemico), in particolare di malattia reumatica? | | NO | SI |
| Per cosa ? Da quando ? specificare | | | |
| 7. Ha mai avuto problemi circolatori (per esempio trombosi), problemi cardiaci, o dolore toracico legato a problemi cardiaci conseguenti a febbre reumatica? | | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | | |
| 8. Ha mai avuto problemi di ipertensione o è in cura dal suo medico per l'ipertensione? Non consideri in questo caso la gestosi gravidica o l'eclampsia. | | NO | SI |
| specificare | | | |
| 9. Ha mai avuto problemi di coagulazione, in particolare le è mai stata diagnosticata una forma di emofilia o altro difetto della coagulazione del sangue? | | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | | |
| 10. Ha mai avuto malattie ematologiche, per esempio alterazioni a carico di globuli bianchi, piastrine, di globuli rossi, che abbiano richiesto approfondimenti specialistici da un ematologo? | | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | | |
| 11. Le è mai stata diagnosticata l'anemia mediterranea, o altra forma di anemia congenita o ereditaria, per esempio dovuta a talassemia, anemia falciforme, favismo o ad altro deficit di enzimi dei globuli rossi? | | NO | SI |
| Quale? : Quando? specificare | | | |
| 12. Ha mai avuto in passato tumori benigni o maligni? In particolare è mai stata sottoposta a radioterapia o a trattamento con chemioterapici o antitumorali? | | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | | |
| 13. Ha mai avuto problemi delle vie respiratorie, bronchiti o broncopneumoniti gravi? | | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | | |
| 14. Ha mai avuto problemi delle vie digerenti, o malattie del fegato, come l'epatite? O ancora malattie metaboliche, come il diabete? Non consideri in questo caso il diabete gestazionale. | | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | | |
| 15. Ha mai avuto malattie endocrine, per esempio problemi alla tiroide, all'ipofisi o al surrene? | | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | | |

| | | |
|--|----|----|
| 16. Ha mai avuto malattie delle vie urinarie o problemi renali? In particolare le è mai stato diagnosticato il rene policistico? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 17. Ha mai avuto problemi ginecologici, indipendentemente dalla gravidanza, per esempio cisti ovariche, ovaio policistico o altro? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 18. Ha mai avuto problemi dermatologici come psoriasi, pemfigo o altre dermatosi? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 19. Soffre di allergia a cibi, medicinali, pollini o altre sostanze (es. lattice)? Specifichi in particolare, nel caso abbia allergia a farmaci, se è stata esposta a questi farmaci negli ultimi 12 mesi | NO | SI |
| specificare | | |
| 20. Ha mai sofferto di malattie neurologiche, come l'epilessia o la sclerosi multipla? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 21. Soffre o ha sofferto di stati depressivi? Ha assunto o sta assumendo farmaci per la depressione? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 22. Ha mai sofferto di febbri di natura ignota? | NO | SI |
| 23. Ha mai notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche? | NO | SI |
| 24. Ha mai sofferto di una delle seguenti malattie infettive: Tubercolosi - Babesiosi - Lebbra - Kala Azar (Leishmaniosi viscerale) - Tripanosoma Cruzi (Malattia di Chagas) – Sifilide, peste, filariasi, leptospirosi? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 25. Ha mai sofferto di una delle seguenti malattie infettive: Glomerulonefrite - Brucellosi - Osteomielite – Malattia di Lyme? - Febbre Q o Febbre delle montagne rocciose? E' mai stata punta da zecche? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 26. Ha mai avuto l'epatite? E' mai risultata positiva per l'Epatite A, B, C, E o per l'HIV? | NO | SI |
| specificare | | |
| 27. Le è capitato di soggiornare nel Regno Unito fra il 1980 e il 1996? Ha ricevuto trasfusioni di sangue o ha subito interventi chirurgici nel Regno Unito nel medesimo periodo? | NO | SI |
| specificare | | |
| 28. E' mai stata sottoposta ad interventi neurochirurgici (in particolare con trapianto di dura madre) o a trapianto di cornea? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |

| | | |
|---|----|----|
| 29. Ha mai fatto terapie con ormoni della crescita o con altri ormoni? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 30. Ha mai ricevuto trapianto di organi o innesti di tessuti di origine umana (da donatore)? Ha mai ricevuto un innesto autologo di tessuto (del suo stesso tessuto osseo o del suo tessuto cutaneo)? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 31. Ha mai ricevuto un innesto di tessuti o di altri prodotti di derivazione animale? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 32. E' mai stata sottoposta ad interventi chirurgici? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 33. Ha mai effettuato o deve effettuare indagini endoscopiche? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 34. Ha mai effettuato procedure che comportino l'uso di catetere? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 35. Ha letto e compreso (allegato C-sco) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili? | NO | SI |
| 36. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o emocomponenti o emoderivati, in particolare durante questa gravidanza? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 37. Le è capitato di sporcarsi con sangue o liquidi biologici di altre persone, in particolare durante questa gravidanza? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 38. Le è capitato di ferirsi o pungersi accidentalmente con aghi, siringhe o altri strumenti infetti o contaminati da sangue, in particolare durante questa gravidanza? | NO | SI |
| Quando? : specificare | | |
| 39. Ha mai effettuato agopunture, tatuaggi, piercing (compresi orecchini), in particolare durante questa gravidanza? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 40. Ha mai assunto sostanze stupefacenti? Ha mai assunto sostanze di tipo dopante per via endovenosa? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 41. Ha mai abusato di alcool? | NO | SI |
| specificare | | |

| | | |
|--|----|----|
| 42. Ha mai avuto rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie? In particolare ha mai avuto rapporti sessuali con partner che fossero positivi per l'epatite B, l'epatite C o L'AIDS, o che facessero uso di stupefacenti o ne avessero fatto uso in passato? | NO | SI |
| specificare | | |
| 43. Ha mai avuto in passato rapporti sessuali in cambio di denaro o di stupefacenti? Ha mai avuto rapporti sessuali con persone che a loro volta avevano rapporti sessuali in cambio di droga e/o denaro? | NO | SI |
| specificare | | |
| 44. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a sostanze tossiche, come cianuro, oro, amianto, piombo, mercurio, pesticidi? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio mascherine, guanti, occhiali protettivi..)? Era sotto controllo medico? | NO | SI |
| specificare | | |
| 45. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a prodotti potenzialmente infetti, o a materiale biologico umano o animale? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio mascherine, guanti, occhiali protettivi..)? Era sotto controllo medico? | NO | SI |
| specificare | | |
| 46. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a radiazioni? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio grembiuli protettivi..)? Era sotto controllo medico? | NO | SI |
| specificare | | |
| 47. Ha effettuato vaccinazioni recentemente? Specifichi in particolare se è stata sottoposta a vaccinazione antirabbica nell'ultimo anno | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 48. Ha effettuato viaggi all'estero recentemente? In particolare ha soggiornato in zone a rischio di malaria per periodi superiori a 6 mesi? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 49. Ha mai avuto la malaria o altre malattie tropicali? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 50. E' o è stata donatrice di sangue, plasmaferesi o piastrinoafesi? | NO | SI |
| Presso quale centro? : ultima donazione? | | |
| 51. Le è mai stato detto che non può essere donatrice sangue? | NO | SI |
| Per quali ragioni? specificare | | |
| 52. E' già stata in precedenza donatrice di sangue del cordone ombelicale? | NO | SI |
| Presso quale Banca? : Quando? | | |

| | | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|----|---|------------------|---|------------|
| 53. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ? | | NO | SI | | | | |
| | | specificare | | | | | |
| <p align="center">Anamnesi familiare materna</p> <p>Le chiediamo di fornirci più informazioni possibili relative alla salute di fratelli e sorelle, se ne ha, dei suoi genitori, degli zii materni e paterni, dei cugini e dei nonni materni e paterni. E' importanti per noi capire se esistono nella famiglia casi di malattie genetiche, congenite, immunologiche, tumorali, malformazioni, ritardi mentali, malattie rare, o altro, che possano essere trasmesse con le cellule staminali. In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.</p> <p>Nel caso non sia a conoscenza di alcune informazioni, la preghiamo di segnalarlo: la valutazione finale terrà conto anche di eventuali notizie fornite in modo parziale</p> | | | | | | | |
| Informazioni | | Risposta | | | | | |
| 54. I suoi genitori sono genitori naturali? | | NO | SI | | | | |
| 55. E' stata adottata? | | NO | SI | | | | |
| 56. Da dove proviene la sua famiglia? | | | | | | | |
| specificare | | | | | | | |
| 57. Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella del padre del bambino o tra i vostri genitori, nonni naturali del nascituro? | | NO | SI | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>Grado di parentela:</td> <td>Tra chi?:</td> <td>specificare</td> </tr> </table> | | | | Grado di parentela: | Tra chi?: | specificare | |
| Grado di parentela: | Tra chi?: | specificare | | | | | |
| 58. In famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche come anemia mediterranea (talassemia), anemia falciforme, anemie congenite (come anemia di Fanconi o anemia di Blackan Diamond), favismo, altre malattie dei globuli rossi, o altre malattie rare? | | NO | SI | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>Grado di parentela della persona affetta:</td> <td>patologia:</td> </tr> <tr> <td>Grado di parentela della persona affetta:</td> <td>patologia:</td> </tr> </table> | | | | Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | Grado di parentela della persona affetta: | patologia: |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | | | | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | | | | |
| 59. Nella sua famiglia vi sono stati casi di altre malattie genetiche o ereditarie o malattie immunologiche? | | NO | SI | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>Grado di parentela della persona affetta:</td> <td>patologia:</td> </tr> <tr> <td>Grado di parentela della persona affetta:</td> <td>patologia:</td> </tr> </table> | | | | Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | Grado di parentela della persona affetta: | patologia: |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | | | | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | | | | |
| 60. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali? | | NO | SI | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>Grado di parentela della persona affetta:</td> <td>patologia:</td> </tr> <tr> <td>Grado di parentela della persona affetta:</td> <td>patologia:</td> </tr> </table> | | | | Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | Grado di parentela della persona affetta: | patologia: |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | | | | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | | | | |
| 61. In famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche legate alla coagulazione? | | NO | SI | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>Grado di parentela della persona affetta:</td> <td>patologia:</td> </tr> <tr> <td>Grado di parentela della persona affetta:</td> <td>patologia:</td> </tr> </table> | | | | Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | Grado di parentela della persona affetta: | patologia: |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | | | | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | | | | |

| | | |
|--|----|----|
| 62. Nella sua 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: | | |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| 63. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie tumorali? | NO | SI |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| 64. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? | NO | SI |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| 65. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone affette da epatite B o epatite C o HIV, con le quali siete stato a stretto contatto (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)? | NO | SI |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | |
| Quando o fino a quanto tempo fa? | | |
| 66. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)? | NO | SI |
| Quando o fino a quanto tempo fa?: | | |
| 67. Avete altri bambini? | NO | SI |
| 68. Sono in buona salute? | NO | SI |
| 69. Qualcuno dei vostri figli soffre o ha sofferto di malattie neurologiche, genetiche, congenite, ereditarie, oncoematologiche, tumorali? | NO | SI |
| Patologia: | | |
| 70. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua famiglia che ritiene importante segnalarci ? | NO | SI |
| specificare | | |

Informazioni relative a precedenti gravidanze

Le informazioni che le chiediamo sono molto importanti per capire se si è verificato qualche evento in passato che potrebbe meritare un approfondimento, ai fini della donazione del sangue cordonale

| Informazioni | Risposta | |
|---|-------------------------------------|----|
| 71. Ha avuto gravidanze precedenti? | NO | SI |
| Data del parto | parto fisiologico o Taglio Cesareo? | |
| Data del parto | parto fisiologico o Taglio Cesareo? | |
| Data del parto | parto fisiologico o Taglio Cesareo? | |
| Data del parto specificare | parto fisiologico o Taglio Cesareo? | |
| 72. Se ha avuto gravidanze precedenti, ci sono stati problemi a carico del bambino durante la gravidanza o alla nascita? | NO | SI |
| specificare | | |
| 73. Ha avuto aborti o interruzioni di gravidanza in precedenza? In particolare ha avuto 4 o più episodi di aborto o interruzione di gravidanza? | NO | SI |
| specificare | | |
| 74. Se ha avuto aborti o interruzioni di gravidanza in precedenza, era stato eseguito esame istologico, o era stato possibile capire se esistevano problemi fetali (per esempio alterazione dei cromosomi, mola vescicolare)? | NO | SI |
| specificare | | |
| 75. Vi è qualsiasi altra informazione relativa a precedenti gravidanze che ritiene importante segnalarci ? | NO | SI |
| specificare | | |

Io sottoscritto dichiaro di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra, e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.

Firma della madre:..... Data

Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche

Nome e cognome..... Qualifica

Firma Data

PARTE – B - VALUTAZIONE DELLA SALUTE DEL PADRE DEL NEONATO

Padre del neonato

Cognome:..... Nome:.....

Luogo di nascita:.....Data di nascita:

Etnia:

Occupazione / professione

Consanguineità con la madre donatrice:

Telefono: / e-mail

Anamnesi paterna

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

Tali informazioni possono essere riportate anche dalla madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario risponda "NON SO"), nel caso il padre non sia presente.

In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.

| Informazioni | | Risposta | | |
|---|-------------------------|-------------------------|----|----|
| Informazioni ottenute da (specificare): | padre del neonato | madre del neonato | | |
| 76. È attualmente in buona salute? | | NON SO | NO | SI |
| specificare | | | | |
| 77. Ha sofferto o soffre di una delle seguenti malattie: malattie gravi, autoimmunitarie o reumatologiche, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale (per esempio morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa ...), malattie renali (come il rene policistico), osteo-articolare, tubercolosi, diabete, malattie neurologiche (come attacchi epilettici, sclerosi multipla..), malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive particolari (oltre alle comuni malattie dei bambini), ittero e/o epatite, malattie tropicali? | | NON SO | NO | SI |
| Quali ? | Da quando ? | specificare | | |
| 78. Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico? | | NON SO | NO | SI |
| Per cosa ? | Da quando ? | specificare | | |
| 79. E' mai stato ricoverato in ospedale? Per quali malattie? | | NON SO | NO | SI |
| Quali? : | Quando? | specificare | | |
| 80. Le sono mai state diagnosticate malattie genetiche o malattie congenite? | | NON SO | NO | SI |
| specificare | | | | |

| | | | |
|---|--------|----|----|
| 81. Ha mai avuto malattie ematologiche, per esempio alterazioni a carico di globuli bianchi, di piastrine, di globuli rossi, che abbiano richiesto approfondimenti specialistici da un ematologo? | NON SO | NO | SI |
| <div>Quali? :</div> <div>Quando?</div> <div>specificare</div> | | | |
| 82. Le è mai stata diagnosticata l'anemia mediterranea, o altra forma di anemia congenita o ereditaria, per esempio dovuta a talassemia, anemia falciforme, favismo o ad altro deficit di enzimi dei globuli rossi? | NON SO | NO | SI |
| <div>Quale? :</div> <div>Quando?</div> <div>specificare</div> | | | |
| 83. Ha mai avuto problemi di coagulazione, in particolare le è mai stata diagnosticata una forma di emofilia o altro difetto della coagulazione del sangue ? | NON SO | NO | SI |
| <div>Quali? :</div> <div>Quando?</div> <div>specificare</div> | | | |
| 84. Ha mai avuto in passato tumori benigni o maligni? In particolare è mai stato sottoposto a radioterapia o a trattamento con chemioterapici o antitumorali? | NON SO | NO | SI |
| <div>Quali? :</div> <div>Quando?</div> <div>specificare</div> | | | |
| 85. Ha letto e compreso (allegato C-sco) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili ? | NO | SI | |
| 86. Ha mai avuto l'epatite? E' mai risultato positivo per l'Epatite C, l'Epatite B o l'HIV? | NON SO | NO | SI |
| <div>specificare</div> | | | |
| 87. Ha mai assunto sostanze stupefacenti? | NON SO | NO | SI |
| <div>Quali? :</div> <div>Quando?</div> <div>specificare</div> | | | |
| 88. E' o è stato donatore di sangue, plasmaferesi o piastrinoferesi? | NON SO | NO | SI |
| <div>Presso quale centro? :</div> <div>ultima donazione?</div> | | | |
| 89. Le è mai stato detto che non può essere donatore di sangue? | NON SO | NO | SI |
| <div>Per quali ragioni?</div> <div>specificare</div> | | | |
| 90. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ? | NON SO | NO | SI |
| <div>specificare</div> | | | |

Anamnesi familiare paterna

Le chiediamo di fornirci più informazioni possibili relative alla salute di fratelli e sorelle, se ne ha, dei suoi genitori, degli zii materni e paterni, dei cugini e dei nonni materni e paterni. E' importante per noi capire se esistono nella famiglia casi di malattie genetiche, congenite, immunologiche, tumorali, malformazioni, ritardi mentali, malattie rare, o altro, che possano essere trasmesse con le cellule staminali. In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.

Tali informazioni possono essere riportate anche dalla madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario risponda "NON SO"), nel caso il padre non sia presente.

Informazioni

| Informazioni ottenute da (specificare): |padre del neonato | madre del neonato | Risposta | |
|---|------------------------|-------------------------|-------------|--|
| 91. I suoi genitori sono genitori naturali? | NON SO | NO | SI | |
| 92. E' stato adottato? | NON SO | NO | SI | |
| 93. Da dove proviene la sua famiglia? | | | | |
| specificare | | | | |
| 94. Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella della madre del bambino o tra vostri genitori, nonni naturali del nascituro? | NON SO | NO | SI | |
| Grado di parentela: | Tra chi?: | | specificare | |
| 95. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche come anemia mediterranea (talassemia), anemia falciforme, anemie congenite (come anemia di Fanconi o anemia di Blackfan Diamond), favismo, altre malattie dei globuli rossi, o altre malattie rare? | NON SO | NO | SI | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | |
| 96. Nella sua famiglia vi sono stati casi di altre malattie genetiche o ereditarie o malattie immunologiche? | NON SO | NO | SI | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | |
| 97. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali? | NON SO | NO | SI | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | |
| 98. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche legate alla coagulazione? | NON SO | NO | SI | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | |
| Grado di parentela della persona affetta: | patologia: | | | |

| | | | |
|--|--------|----|----|
| 99. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie ? | NON SO | NO | SI |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: Grado di parentela della persona affetta: patologia: Grado di parentela della persona affetta: patologia: Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | | |
| 100. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie tumorali? | NON SO | NO | SI |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: Grado di parentela della persona affetta: patologia: Grado di parentela della persona affetta: patologia: Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | | |
| 101. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi? | NON SO | NO | SI |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: | | | |
| 102. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone affette da epatite B o epatite C o HIV, con le quali siete stato a stretto contatto (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)? | NON SO | NO | SI |
| Grado di parentela della persona affetta: patologia: Quando o fino a quanto tempo fa? | | | |
| 103. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)? | NON SO | NO | SI |
| Quando o fino a quanto tempo fa?: | | | |
| 104. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ? | NON SO | NO | SI |
| | | | |

Dichiaro: di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.

Firma del padre (se presente):..... Data

Firma della madre (se ha compilato il documento):.....

Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche

Nome e cognome..... Qualifica

Firma Data

PARTE – C - VALUTAZIONE DELLA GRAVIDANZA IN CORSO

Informazioni relative alla gravidanza in corso

Le informazioni che le chiediamo sono molto importanti per capire se durante questa gravidanza si è verificato qualche evento che potrebbe meritare un approfondimento, ai fini della donazione del sangue cordonale.

Per questa ragione le chiederemo anche di poter prendere visione degli esami effettuati durante la gravidanza: gli esami del sangue e dell'urina, le ecografie e le eventuali indagini prenatali effettuate (per esempio il test combinato, la villocentesi, l'amniocentesi..)

| Informazioni | Risposta | |
|---|----------|----|
| 105. E' la sua prima gravidanza? | NO | SI |
| 106 E' una gravidanza spontanea? | NO | SI |
| 107. Ha assunto ormoni per aiutare la stimolazione ovarica e per favorire la gravidanza? questo caso potrebbe indicare quali ormoni? | NO | SI |
| Quali ormoni? | | |
| 108. Ha seguito un programma di fecondazione medico assistita (come inseminazione in utero, FIVET, ICSI)? | NO | SI |
| Quale? | | |
| 109. Ha eseguito fecondazione medico assistita con gameti allogenici (cioè con gameti provenienti da donatore esterno alla coppia)? | NO | SI |
| 110. La gravidanza si è svolta fino ad ora in modo fisiologico? Specifichi In particolare se le è stato detto che ha il diabete gestazionale o la gestosi gravidica | NO | SI |
| specificare | | |
| 111. I controlli ecografici hanno rilevato qualche anomalia o hanno richiesto qualche approfondimento? Ha eseguito esami di diagnosi prenatale (villocentesi?, amniocentesi?) | NO | SI |
| specificare | | |
| 112. Durante questa gravidanza ha assunto farmaci, oltre al normale supporto con ferro e folina? In particolare ha assunto antibiotici, cortisone, diuretici, aspirina o altro? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 113. Durante questa gravidanza ha ricevuto immunoprofilassi anti-D (nel caso sia di gruppo Rh negativo)? | NO | SI |
| Quando? : specificare | | |
| 115. Durante questa gravidanza ha avuto contatti con persone malate? In particolare con persone con epatite B, epatite C, AIDS o che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare ha fatto loro assistenza o ne ha condiviso l'abitazione)? | NO | SI |
| Quando? : specificare | | |

| | | |
|--|----|----|
| 116. Le è capitato nelle ultime settimane di essere esposta a bambini o adulti affetti da malattie esantematiche (come la rosolia, la varicella, il morbillo...) o contagiose, che lei in passato non aveva avuto? O è stata a contatto con persone che nei giorni successivi abbiano manifestato una malattia esantematica o una malattia contagiosa? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 117. In particolare durante questa gravidanza ha contratto una delle seguenti malattie: Rosolia, Parotite, Toxoplasmosi, Varicella, Mononucleosi Infettiva, malattia da Citomegalovirus, Malattia di Lyme? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 118. Durante questa gravidanza è stata riscontrata la presenza di HPV (Papilloma virus), condilomi o di altre infezioni (come Herpes genitalis, clamidia, linfogranuloma venereo, micoplasma genitalis) ? | NO | SI |
| Quali? : Quando? specificare | | |
| 119. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha ricevuto una diagnosi di infezione da Zika virus? | NO | SI |
| specificare | | |
| 120. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha soggiornato o viaggiato in area a rischio per la presenza di infezione da Zika virus? | NO | SI |
| specificare | | |
| 121. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha avuto un contatto sessuale con persona che ha ricevuto una diagnosi di infezione da Zika virus nei 3 mesi precedenti? | NO | SI |
| specificare | | |
| 122. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha avuto un contatto sessuale con persona che ha soggiornato o viaggiato in area a rischio per la presenza di infezione da Zika virus nei 3 mesi precedenti? | NO | SI |
| specificare | | |
| 123. Vi è qualsiasi altra informazione relativa a questa gravidanza che ritiene importante segnalarci? | NO | SI |
| specificare | | |

| | |
|--|-----------------|
| Si dichiara: di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra | |
| Firma della madre | Data |
| Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche | |
| Nome e cognome..... | Qualifica |
| Firma | Data |

PARTE – D - GIUDIZIO FINALE DI ELEGGIBILITÀ/NON ELEGGIBILITÀ'

Presa visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico e del consenso informato rilasciato dalla madre donatrice/dalla coppia, dichiaro

l' idoneità

l' inidoneità

alla donazione di SCO allogenico solidaristica, in accordo ai criteri di eleggibilità previsti dalla normativa italiana vigente,

Nome e cognome del personale medico.....

Qualifica Struttura di appartenenza :.....

Data: Firma (del medico):

FORM SCO101 (V4 1/5 mar. 2019)

*Consenso alla raccolta
di unità SCO
per donazione allogenica
a fini solidaristici*

Codice identificativo dell'unità SCO assegnato dalla banca:

Io sottoscritta:
in qualità di madre, nata a: prov: il:
residente in Via n. Città
prov. CAP: telefono n.: cellular e n.
e-mail
Io sottoscritto
in qualità di padre, nato a: prov: il:
residente in Via n. Città
prov. CAP: telefono n.: cellular e n.
e-mail

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" (Allegato A-sco) e dopo essere stato/a informato/a:

- dichiaro di essere stata/o informata/o delle possibilità di impiego del sangue da cordone ombelicale;
- Dichiaro di rinunciare alla conservazione del sangue cordonale ad esclusivo beneficio del neonato in qualsiasi momento della sua vita.
- ho compreso le informazioni e ho potuto effettuare domande ed ottenere chiarimenti;
- ho compreso che il rifiuto alla raccolta non comporterà conseguenze per la qualità dell'assistenza;
- ho compreso che la procedura di raccolta del sangue da cordone ombelicale non comporta rischi per la madre e per il bimbo;
- ho compreso che la raccolta può essere effettuata sia dopo parto fisiologico sia dopo parto cesareo;
- ho compreso che l'unità, se idonea, verrà messa a disposizione dei pazienti nazionali ed internazionali che necessitano di trapianto tramite il Registro nazionale donatori di midollo osseo;
- ho compreso che non trarrò alcun vantaggio o diritto dalla donazione;
- acconsento ad essere intervistata/o per la raccolta dell'anamnesi personale e familiare e, se necessario, ad essere ricontattata/o per fornire ulteriori informazioni;
- acconsento a sottopormi ad un prelievo di sangue venoso, sul quale verranno effettuati i test prescritti dalla legge per la sicurezza della donazione di sangue, **inclusi i test per HIV** e ad essere informata qualora venga evidenziata una positività sierologica (solo per la madre);
- acconsento a che un campione del mio sangue venga conservato dalla Banca ed utilizzato per test aggiuntivi qualora richiesti dal Centro Trapianti;
- acconsento a che i test, ivi compresi quelli relativi alla ricerca di malattie ereditarie, siano eseguiti anche su un campione della sacca di sangue da cordone ombelicale;
- acconsento ad essere ricontattata/o per il controllo che deve essere effettuato dopo il parto per fornire informazioni sullo stato di salute del bambino;
- acconsento a comunicare alla Banca variazioni sullo stato di salute di mio figlio.

Data: Firma della Madre

Firma del Padre (se disponibile):

Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nome Qualifica

Reparto/Istituto Tel/ Fax

Data e ora: Firma

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

FORM SCO101 (V4 2/5 mar. 2019)

Consenso
all'utilizzo per ricerca
della unità SCO non idonea

* lo sottoscritto:.....
in qualità di madre, nata a:prov:..... il:
residente in Via n.....Citt à
prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellular e n.
e-mail
lo sottoscritto
in qualità di padre, nato a: prov:..... il:
residente in Via n.....Citt à
prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellular e n.
e-mail

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" (Allegato A-sco) e dopo essere stato/a informato/a che:

- il materiale biologico prelevato potrà essere conservato presso la Banca Sangue Cordonale di Cagliari;
- il campione che non sia idoneo (o che perda l'idoneità) per la conservazione a fini terapeutici, potrà essere utilizzato, qualora io acconsenta, a scopo di ricerca, negli ambiti indicati nella scheda informativa per la ricerca;
 - sarà garantita la tutela dei dati personali, nelle modalità previste dalla legge;
 - l'eventuale partecipazione è volontaria;
 - acconsento all'eventuale trasferimento, a scopo di ricerca del materiale ad altre Banche afferenti alla Rete nazionale e/o alle strutture ospedaliere del SSN eventualmente coinvolte.
 - per ulteriori informazioni potrò rivolgermi al responsabile della banca cordonale:

Dr . Mauro Carta

Tel 0706092985

autorizzo non autorizzo

l'eventuale utilizzo del materiale biologico per studi o ricerche scientifiche, negli ambiti indicati nella scheda informativa;

autorizzo non autorizzo

l'eventuale trasferimento, a scopo di ricerca e in forma anonimizzata, del materiale biologico ad un Centro collegato alla Banca.

Data:..... Firma della Madre

Firma del Padre (se disponibile):.....

** Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nomeQualifica.....

Reparto/IstitutoTel/ Fax ...

Data:..... Firma

*qualora i dati siano uguali a quelli riportati nel consenso alla donazione, riportare solo nome e cognome della madre e del padre.

**qualora il medico/operatore sanitario sia lo stesso che ha raccolto il consenso alla donazione riportare solo nome, cognome e firma.

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento da parte nostra nel rispetto della normativa sopra richiamata, del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto l'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è l'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, in persona del legale rappresentante pro-tempore domiciliato per la carica in Mura delle Cappuccine 14 16128 Genova Tel. +39 010 56321.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) nominato ai sensi degli artt. 37 e ss. del GDPR è domiciliato per la funzione presso i recapiti del Titolare e sempre raggiungibile all'indirizzo e-mail dpd@galliera.it.

Finalità del trattamento

I Suoi e/o quelli di Sua/o figlio/a dati personali potranno essere trattati unicamente per tutti gli adempimenti necessari a gestire la registrazione e partecipazione alla rete nazionale unità di sangue cordonali istituita ai sensi del Decreto 18 novembre 2009, listata per il tramite del Registro Nazionale Italiano Donatori Midollo Osseo (noto in campo internazionale come IBMDR - Italian Bone Marrow Donor Registry), istituito e gestito dal 1989 dall'E.O. Ospedali Galliera ed istituzionalmente riconosciuto con la legge 6 marzo 2001, n. 52, nonché incaricato dall'ASR del 5 ottobre 2006 come "sportello unico" per la ricerca di donatore non familiare volontario presso registri e banche dati italiane ed estere per i pazienti ematologici, che necessitano di un trapianto di CSE. I suoi e/o quelli di Sua/o figlio/a dati trasformati in forma anonima potrebbero essere utilizzati anche per finalità statistiche nonché a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica. Nel caso i dati verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dell'articolo 89 del GDPR e dal Titolo VII del D. Lgs.196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 mediante l'applicazione di garanzie adeguate per i diritti e la libertà dell'interessato che assicurino che siano predisposte misure tecniche e organizzative adeguate, in particolare al fine di garantire il rispetto del principio della minimizzazione dei dati.

Base giuridica del trattamento

Il fondamento del trattamento dei Suoi dati personali per le finalità sopra indicate si rinviene essenzialmente dalla citata legge 6 marzo 2001, n. 52 nonché dall'Accordo Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 in materia di "ricerca e reperimento di cellule staminali emopoietiche presso registri e banche dati italiane ed estere". A maggior tutela dei Suoi diritti, anche in virtù della necessità di conoscere e gestire dati genetici, ancorché limitati alle indagini indispensabili alle finalità del trattamento, si richiede anche il consenso dell'interessato ai sensi dell'art. Art. 2-septies del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

Destinatari dei dati personali

I dati raccolti vengono comunicati in forma circoscritta e nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del trattamento:

- agli Enti pubblici identificati dalle competenti autorità sanitarie elencati nel sito web dell'IBMDR (www.ibmdr.galliera.it) in quanto Responsabili del trattamento dei dati;
- alle organizzazioni internazionali (elenco disponibile nel sito web della World Marrow Donor Association – WMDA – www.wmda.info), in ambito EU ed extra-EU nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 44 e ss. del GDPR. Per quanto la maggior parte delle strutture extra-europee siano WMDA certificate e quindi aderenti a standard internazionali che includono i requisiti della GDPR, non possiamo escludere, presso i Paesi ove risiedono, l'assenza di un'autorità di controllo, né la possibilità che non siano previsti i principi sul trattamento dei dati o diritti dell'interessato conformi alla GDPR.

Per forma circoscritta si intende la sostituzione dei dati anagrafici con un codice identificativo (pseudonimizzazione) e la riassunzione dei dati sanitari in un giudizio di disponibilità.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente autorizzati ovvero nominati Responsabili.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del GDPR, fatti salvi gli obblighi di legge e l'eventuale contenzioso, i Suoi dati personali saranno conservati fino a revoca del consenso da Lei espresso.

Diritti dell'interessato

Ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR, Lei ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano o di opporsi al loro trattamento nei casi di cui all'art. 21 del GDPR, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla norma. Lei ha anche il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Può esercitare tali diritti rivolgendosi al Titolare del trattamento o al Responsabile Protezione Dati ai recapiti sopra indicati.

Diritto di reclamo

Laddove ritenga che il trattamento dei dati personali a Lei riferiti effettuato, nei termini sopra indicati, dal Titolare avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Conseguenze del mancato conferimento dei dati ovvero dell'esercizio dei diritti

Il rifiuto totale o parziale di conferire i dati personali, la richiesta di bloccare o cancellare informazioni, il porre limitazioni al consenso, determinano l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto con l'Ente.

* Io sottoscritto: letta e comp resa l'informativa che precede in
qualità di madre, nata a: prov: il:

residente in Via n. Città à
prov. CAP: telefono n.: cellular e n.
e-mail

Io sottoscritto letta e resa l'informativa che precede in
comp qualità di padre, nato a: prov: il :

residente in Via n. Città à
prov. CAP: telefono n.: cellular e n.
e-mail

esprimo il consenso NON esprimo il consenso

al trattamento dei miei dati personali e/o quelli di mio/a figlio/a inclusi quelli considerati come
categorie particolari di dati per le finalità indicate nella presente informativa.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali e/o quelli di mio/a figlio/a a Enti pubblici e organizzazioni internazionali
la cui attività sia funzionale al perseguimento delle finalità indicate nella presente informativa.

Data: Firma della Madre

Firma del Padre (se disponibile):

** Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nome Qualifica

Reparto/Istituto Tel/ Fax

Data e ora: Firma

*qualora i dati siano uguali a quelli riportati nel consenso alla donazione, riportare solo nome e cognome
della madre e del padre.

**qualora il medico/operatore sanitario sia lo stesso che ha raccolto il consenso alla donazione riportare
solo nome, cognome e firma.

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita