



**Allegato B - TC** (V8 1/5 feb. 2016)

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

**FASE: INVIO CAMPIONI PER TEST DI CONFERMA**

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:.....Peso:.....Kg.

<b>Valutazione Generale e tutela del donatore</b>		<b>Risposta</b>	
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
<b>Per cosa ?</b> <b>Da quando ?</b> <b>specificare</b>		←	
3. Prende abitualmente aspirina o altri analgesici?		NO	SI
<b>Quali ?</b> <b>Quando ?</b> <b>specificare</b>		←	
4. Ha effettuato recentemente cure odontoiatriche?		NO	SI
<b>Quali? :</b> <b>Quando?</b> <b>specificare</b>		←	
5. Ha in previsione di andare dal medico, dal dentista e/o altro sanitario (es. fisioterapista)?		NO	SI
<b>Per quale motivo?:</b> <b>Quando?</b> <b>specificare</b>		←	
6. Soffre o ha sofferto di stati depressivi?		NO	SI
<b>Quali? :</b> <b>Quando?</b> <b>specificare</b>		←	
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
<b>specificare</b>		←	
8. Ha mai avuto problemi di ipertensione o è in cura dal suo medico per l'ipertensione?		NO	SI
<b>Quali?</b> <b>Da quando ?</b> <b>specificare</b>		←	



24. Ha ingerito o è stato esposto a sostanze tossiche (es: cianuro, piombo, mercurio) o a radiazioni?	NO	SI
<b>Quali?</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
25 Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
		<b>specificare</b>
26. E' donatore di sangue, plasmaferesi o piastrinoaferesi?	NO	SI
<b>Presso quale centro? :</b>	<b>ultima donazione?</b>	
27. Le è mai stato indicato di non donare sangue?	NO	SI

<b>Patologie potenzialmente trasmissibili e tutela del ricevente</b>	<b>Risposta</b>	
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
<b>Quando? :</b>	<b>per :</b>	<b>specificare</b>
31. Ha letto e compreso (allegato C) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili ?	NO	SI
32. Ha mai assunto sostanze stupefacenti?	NO	SI
<b>Quali?:</b>	<b>Per quanto tempo:</b>	<b>specificare</b>
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
<b>Quando? :</b>		<b>specificare</b>
38. Si è sottoposto a piercing (foratura) delle orecchie o di altra parte del corpo?	NO	SI
<b>Quando? :</b>		<b>specificare</b>
39. Si è sottoposto ad agopuntura?	NO	SI
<b>Quando?</b>		<b>specificare</b>
40. E' mai stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti o a somministrazione di emoderivati?	NO	SI
<b>Quando? :</b>		<b>specificare</b>

41. Negli ultimi 4 mesi, si è mai ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	NO	SI
Quando? : <span style="float: right;">specificare</span>		
42. È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	NO	SI
Quando? <span style="margin-left: 100px;">Per cosa?</span> <span style="float: right;">specificare</span>		
43. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato recentemente all'estero?	NO	SI
Quando? : <span style="margin-left: 100px;">Dove :</span> <span style="float: right;">specificare</span>		
44. Ha recentemente soggiornato in località segnalate per malattie endemiche o in paesi tropicali, o in paesi a rischio per malaria?	NO	SI
Quando? : <span style="margin-left: 100px;">Dove :</span> <span style="float: right;">specificare</span>		
45. I suoi genitori sono nati in Paesi dell'America centrale, del Sud o in Messico?	NO	SI
Dove? : <span style="float: right;">specificare</span>		
46. Ha in programma di assentarsi per un certo periodo di tempo (vacanza o trasferimento) ?	NO	SI
Quando? : <span style="float: right;">specificare</span>		
47. E' a conoscenza che in questa fase della selezione a favore di un paziente in attesa le verrà prelevato un campione di sangue per i test di compatibilità finale ?	NO	SI
48. Solo per gli iscritti precedentemente il 1 gennaio 2005: a conoscenza che esistono due differenti modalità di donazione di cellule staminali ematopoietiche (da midollo e da sangue periferico) sarebbe disponibile per una donazione di CSE da sangue periferico dopo stimolazione con fattore di crescita emopoietico ?	NO	SI

<b>Solo per le donatrici</b>	<b>Risposta</b>	
49. È attualmente in gravidanza?	NO	SI
50. Ha mai avuto gravidanze ?	NO	SI
Quante? : <span style="margin-left: 100px;">Quando l'ultima? :</span> <span style="float: right;">specificare</span>		
51. Ha mai avuto interruzioni di gravidanza?	NO	SI
Quante? : <span style="margin-left: 100px;">Quando l'ultima? :</span> <span style="float: right;">specificare</span>		
52. E' a conoscenza che la gravidanza controindica in maniera assoluta la donazione e che pertanto nei giorni di preparazione al prelievo di CSE le verrà fatto un test di gravidanza ?	NO	SI

<b>Precedenti donazioni</b>	<b>Risposta</b>	
53. Ha già donato in precedenza cellule staminali emopoietiche da sangue midollare o da sangue periferico per un familiare?	NO	SI
Quando? <span style="margin-left: 100px;">Quali CSE (midollo/PBSC)?:</span> <span style="float: right;">specificare</span>		
Per chi? <span style="margin-left: 100px;">Il suo ricevente è ancora in vita?:</span>		

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 preso visione del contenuto dell'allegato A-TC;
- di aver ottenuto ampia spiegazione sulle procedure di prelievo sia da sangue midollare che da sangue periferico dopo mobilitazione con fattore di crescita emopoietico;
- di aver avuto la possibilità di chiedere chiarimenti in merito al motivo per cui è stato richiamato ed in generale sulla donazione di CSE;
- di aver compreso che, in caso di compatibilità con il paziente per cui è stato contattato, il prossimo richiamo sarà per la donazione di CSE;
- di essere consapevole che ha il diritto di ritirare il mio consenso, rilasciato in precedenza, in qualunque momento;
- di essere consapevole che un eventuale ritiro del consenso, in caso di richiamo per la donazione, determinerebbe la cancellazione della procedura di trapianto, esponendo il paziente ad un grave rischio per la vita;
- di sottoporsi volontariamente alla venipuntura;
- di essere consapevole che i campioni prelevati verranno inviati al laboratorio di riferimento del centro trapianti con sede a livello nazionale o internazionale;
- di essere conscio che, 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;
- di essere consapevole che è possibile un rimborso delle spese sostenute, sino ad un massimo di € 100,00, in conseguenza al mio richiamo per invio campioni di sangue periferico.

Data: .....

In fede, (firma del donatore) .....

A cura del Centro Donatori:

**Giudizio di eleggibilità/non eleggibilità**

Preso visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico, dichiaro che il candidato donatore, codice IBMDR .....selezionato per donazione di CSE in favore del paziente (codice IBMDR):.....

**soddisfa**

**non soddisfa**

i criteri di eleggibilità richiesti per la donazione di CSE previsti dalla normativa italiana vigente e pertanto si

**procederà**

**non procederà**

all'esecuzione di tutte le indagini diagnostiche e strumentali, finalizzate alla valutazione della idoneità del volontario alla donazione di CSE.

Dati del personale medico che ha verificato l'identità, intervistato, provveduto alla raccolta delle informazioni, ottenuto il consenso e colloquiato con il candidato donatore

Nome e cognome .....Qualifica:.....

Struttura di appartenenza :.....

In fede,

Timbro

Data: ..... Firma (del medico): .....