




DATI ANAGRAFICI

DONATRICE	Cognome e nome
	Data e luogo di nascita Prov.
	Residente a Prov.
	Indirizzo..... n°..... CAP.....
	Tel. C.F.
PARTNER	Cognome e nome
	Data e luogo di nascita Prov.
	Residente a Prov.
	Indirizzo..... n°..... CAP.....
	Tel. C.F.

1 Anamnesi medica e sociale della donatrice

La **risposta affermativa** ad una qualsiasi delle domande **esclude sempre** la donazione


SI	NO	1. E' affetta da malattia senza una causa sconosciuta?
Specificare:		
SI	NO	2. Presenta storia, evidenza clinica o di laboratorio di infezione in atto da HIV, HBV o HCV o ittero la cui causa è sconosciuta?
Specificare:		
SI	NO	3. Ha avuto comportamenti sessuali a rischio negli ultimi 6 mesi?
Specificare:		
SI	NO	4. Ha avuto negli ultimi 6 mesi partners soggetti a rischio di infezione da HIV, HBV o HCV, come precedentemente definito, o con comportamenti a rischio di trasmissione di tali infezioni?
Specificare:		
SI	NO	5. Le è stata diagnosticata o trattata una malattia venerea negli ultimi 6 mesi?
Specificare:		
SI	NO	6. Si è prostituita negli ultimi 6 mesi?
SI	NO	7. Ha trascorso un periodo di detenzione carceraria negli ultimi 6 mesi?
Specificare:		
SI	NO	8. Ha avuto esposizione percutanea o attraverso ferite aperte o mucose a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV o HCV nei 6 mesi precedenti?
Specificare:		

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	VALUTAZIONE ANAMNESI E IDONEITÀ ALLA DONAZIONE DI PLACENTA	MODU.BMAC.D001. 01.02	Rev. 0
	Modulo	14/03/2022	Pagina 2 di 6

1 Anamnesi medica e sociale della donatrice

La **risposta affermativa** ad una qualsiasi delle domande **esclude sempre** la donazione


SI	NO	9. Ha eseguito tatuaggi, piercing o agopuntura negli ultimi 6 mesi con materiale non sterile o non monouso?
Specificare:		
SI	NO	10. Ha fatto uso e.v, i.m. o s.c. di stupefacenti o di cocaina per via inalatoria negli ultimi 6 mesi (o negli ultimi 6 mesi ha avuto rapporti sessuali con una persona che risponde a tale descrizione)?
Specificare:		
SI	NO	11. E' un soggetto emofilico sottoposto ad infusione di fattori della coagulazione di origine umana?
Specificare:		
SI	NO	12. E' sottoposta a emodialisi (da più di un mese) per insufficienza renale cronica?
Specificare:		
SI	NO	13. Ha contratto infezioni sistemiche che non siano state controllate al momento della donazione, comprese:
Specificare: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> malattie batteriche (Tubercolosi, Clamidia, leptospirosi, lebbra) <input type="checkbox"/> infezioni sistemiche virali (ad eccezione dei virus influenzali, incluso H1N1) <input type="checkbox"/> fungine (Candida, micoplasma): <input type="checkbox"/> protozoarie e parassitarie (Babesiosi - Kala Azar (Leishmaniosi viscerale) - Tripanosoma Cruzi (Malattia di Chagas) – filariasi) <input type="checkbox"/> gravi infezioni locali dei tessuti e delle cellule destinati a donazioni..... 		
SI	NO	14. E' affetta o ha un familiare con morbo di Creutzfeldt-Jakob o sua variante?
Specificare:		
SI	NO	15. E' affetta da demenza, malattie croniche degenerative centrali la cui causa è sconosciuta o disordini neurodegenerativi di origine virale o sconosciuta (morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, panencefalite acuta sclerosante, morbo di Parkinson, leucoencefalite multifocale progressiva)?
Specificare:		
SI	NO	16. Ha utilizzato ormoni di derivazione ipofisaria, ha eseguito allotrapianto di dura madre o è stata sottoposta ad interventi intracranici non specificati?
Specificare:		
SI	NO	17. Ha mai fatto terapie con ormoni della crescita o con altri ormoni di origine umana?
Specificare:.		
SI	NO	18. E' stata sottoposta ad intervento chirurgico o trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna negli anni dal 1980 al 1996?
Specificare:		
SI	NO	19. E' affetta da Sindrome di Reye?

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	VALUTAZIONE ANAMNESI E IDONEITÀ ALLA DONAZIONE DI PLACENTA	MODU.BMAC.D001. 01.02	Rev. 0
	Modulo	14/03/2022	Pagina 3 di 6

1 Anamnesi medica e sociale della donatrice

La **risposta affermativa** ad una qualsiasi delle domande **esclude sempre** la donazione

SI	NO	20. E' affetta da neoplasia maligna in atto o pregressa (tumori solidi e del sangue)?
Specificare:		
SI	NO	21. Ha eseguito chemioterapia o terapia radiante?
Specificare:		
SI	NO	22. E' stata sottoposta a trapianto di organo, tessuti oculari o xenotrapianto?
Specificare:		
SI	NO	23. Ha ingerito o è stata esposta a sostanza tossica che può essere trasmessa in dose nociva al feto (p.es. cianuro, piombo, mercurio, oro)?
Specificare:		
SI	NO	24. Ha eseguito trattamenti farmacologici a scopo immunosoppressivo (tali da rendere non attendibile la determinazione dei marcatori virali)?
Specificare:		
SI	NO	25. E' affetta da malattie immunitarie e autoimmuni comprese le malattie del collagene?
Specificare:		
SI	NO	26. Ha eseguito vaccinazioni con virus vivo attenuato (morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e vaiolo) nelle quattro settimane antecedenti alla donazione?
Specificare:		
SI	NO	27. Ha effettuato viaggi in zone endemiche per rischio di trasmissione di patologia infettiva o esposizione ad agenti infettivi, non escludibili con esami di approfondimento nell'ultimo anno?
Specificare:		
SI	NO	28. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato, per almeno una notte, in una zona diversa rispetto a quella di residenza e/o intende spostarsi prima dell'intervento?
Specificare:		
SI	NO	29. Ha eseguito stimolazione ovarica e PMA eterologa?
SI	NO	30. E' affetta da malattie metaboliche come il diabete o il morbo di Gaucher? Accettare solo se diabete gestazionale NON insulino dipendente
Specificare:		
SI	NO	31. E' affetta da malattie emopoietiche o della coagulazione (anemia falciforme, enzimopatie eritrocitarie, emofilie, gammopatie monoclonali, mielodisplasia, policitemia vera, trombocitemia essenziale, talassemie, sferocitosi, favismo, piastrinopatie, aplasie midollari, morbo di Von Willebrand o altre coagulopatie etc.)?
Specificare:		
SI	NO	32. Negli ultimi 3 mesi è stato esposto a morsi o graffi di animali o a punture di zecche?
Specificare:		

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	VALUTAZIONE ANAMNESI E IDONEITÀ ALLA DONAZIONE DI PLACENTA	MODU.BMAC.D001. 01.02	Rev. 0
	Modulo	14/03/2022	Pagina 4 di 6

2 Anamnesi familiare

Le **informazioni anamnestiche** sui genitori di entrambi (donatrice e partner) sono disponibili?
(NO significa donatrice o partner con genitori adottivi oppure che il nascituro non è geneticamente correlato ai genitori per concepimento da donazione ovulo o seme).

NO	Escludere dalla donazione	
SI	Proseguire nel questionario	
Nazione di origine dei genitori:		
Donatrice:.....		
Partner:.....		
SI	NO	La donatrice e il partner sono consanguinei?
Specificare:		

3 Anamnesi familiare della donatrice


SI	NO	1. Sono presenti o note malattie ereditarie nei genitori, fratelli o figli già nati della donatrice?
Specificare:		
SI	NO	2. Sono presenti o note altre malattie nei genitori, fratelli o figli già nati della donatrice?
Specificare:		

4 Anamnesi familiare del partner

SI	NO	Sono presenti o note malattie ereditarie nei genitori, fratelli o figli già nati del partner della donatrice?
Specificare:		
SI	NO	Sono presenti o note altre malattie nei genitori, fratelli o figli già nati del partner della donatrice?
Specificare:		

5 Anamnesi ostetrica

NO	SI	È una gravidanza spontanea?
Specificare:		
SI	NO	La gravidanza ha presentato complicazioni?
Specificare:		

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	VALUTAZIONE ANAMNESI E IDONEITÀ ALLA DONAZIONE DI PLACENTA	MODU.BMAC.D001. 01.02	Rev. 0
	Modulo	14/03/2022	Pagina 5 di 6

5 Anamnesi ostetrica

SI	NO	Ha assunto farmaci (a parte ferro, ac. Folico, calcio etc.)?
Specificare:		
SI	NO	Il risultato degli esami di screening infettivologico (epatite, toxo, CMV, rosolia) eventualmente già eseguiti è patologico?
Specificare:		
SI	NO	Le ecografie di controllo hanno evidenziato anomalie o hanno richiesto qualche approfondimento? Ha eseguito esami di diagnosi prenatale (amnio e villocentesi) con esito patologico?
Specificare quali:		
SI	NO	Beve alcolici in elevate quantità?
SI	NO	Verrà sottoposta a taglio cesareo programmato?
SI	NO	Ha avuto aborti ripetuti o figli nati morti o con idrope neonatale?
SI	NO	Ha raggiunto il termine di gravidanza > 35 ^a settimana (33 ^a settimana in caso di gravidanza gemellare)?

6 Esame obiettivo

Prima del prelievo di tessuto deve essere effettuato una accurata ispezione fisica. Se all'esame viene riscontrato un segno che possa indicare un criterio di esclusione dalla donazione si dovrà procedere ad un approfondimento dell'anamnesi, all'esecuzione di adeguati esami di laboratorio o strumentali al fine di escludere la presenza di controindicazioni alla donazione. La completezza dell'indagine anamnestica e dell'esame obiettivo devono essere sottoscritte da un Medico Responsabile della valutazione dell'idoneità del donatore.

Ispezione cute e mucose:

SI	NO	Presenza di petecchie o ecchimosi?
Specificare:		
SI	NO	Presenza di segni quali morsi/graffi/punture di animali?
Specificare:		
SI	NO	Ittero?
SI	NO	Nevi sospetti?
Specificare:		
SI	NO	Presenza di infezioni cutanee, dermatiti, herpes, ectoparassitosi?
Specificare sede e tipo:		
Ispezione genitali esterni:		
SI	NO	Presenza di alterazioni?
Specificare sede e tipo:		

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	VALUTAZIONE ANAMNESI E IDONEITÀ ALLA DONAZIONE DI PLACENTA	MODU.BMAC.D001. 01.02	Rev. 0
	Modulo	14/03/2022	Pagina 6 di 6

6 Esame obiettivo

Prima del prelievo di tessuto deve essere effettuato una accurata ispezione fisica. Se all'esame viene riscontrato un segno che possa indicare un criterio di esclusione dalla donazione si dovrà procedere ad un approfondimento dell'anamnesi, all'esecuzione di adeguati esami di laboratorio o strumentali al fine di escludere la presenza di controindicazioni alla donazione. La completezza dell'indagine anamnestica e dell'esame obiettivo devono essere sottoscritte da un Medico Responsabile della valutazione dell'idoneità del donatore.

Palpazione mammaria:

SI	NO	Presenza di alterazioni?
----	----	--------------------------

Specificare sede e tipologia:

Ispezione tiroide:

SI	NO	Presenza di alterazioni?
----	----	--------------------------

Specificare:

Ispezione linfonodi superficiali:

SI	NO	Presenza di linfonodi ingranditi?
----	----	-----------------------------------

Specificare:

- Laterocervicali*
- Sovraclaveari*
- Ascellari*
- Inguinali*

ESAME OBIETTIVO NEI LIMITI DI NORMA: SI NO

Firma del medico:

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

FirmaData

7 Giudizio di idoneità alla donazione

Preso visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico e del consenso informato rilasciato Dalla donatrice, dichiaro:

L'IDONEITÀ **L'INIDONEITÀ**

alla donazione di placenta 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):