|  |
| --- |
| *Spazio per etichetta* |

**Questionario medico**

**per la donazione di sangue del cordone**

Ha letto il **Foglio informativo per la donazione di sangue del cordone** e desidera donare il sangue del cordone. La ringraziamo se vorrà ora rispondere con la massima sincerità alle domande che seguono, segnando con una croce la casella corrispondente. Contribuirà così a garantire la sua propria sicurezza e quella del ricevente del sangue del cordone del suo bambino.

Le domande riguardano Lei, quale madre del bambino. Se sono richieste informazioni sul padre o i fratelli e sorelle del bambino o altri parenti, sarà menzionato esplicitamente.

Alla fine del questionario (sezione D) c’è spazio per ulteriori considerazioni, eventuali commenti su determinate domande o altre informazioni rilevanti.

|  |
| --- |
| ***A. INFORMAZIONI SULLA MADRE DEL BAMBINO*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Via** |  |
| **NPA / Località** |  |
| **Telefono / e-mail** |  |

|  |
| --- |
| ***B. INFORMAZIONI ETNICHE SUI GENITORI*** |
| A quale gruppo etnico appartenete? Contrassegnare la casella corrispondente. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Africano | AFNA | Africa settentrionale | Madre del bambino [ ]  | Padre del bambino [ ]  |
|  | AFSS | Africa subsahariana | Madre del bambino [ ]  | Padre del bambino [ ]  |
| Asiatico | AS | Asia centrale: Russia orientale, Kazakistan, Uzbekistan, Kirghizistan, Tajikistan | Madre del bambino [ ]  Padre del bambino [ ]  |
|  |  | Asia nord-orientale: Giappone, Corea del Nord e Sud |
|  |  | Oceania: Isole del Pacifico (tranne Giappone), Australia, Nuova-Zelanda, Taiwan, isole Aleutine |
|  |  | Asia sud-orientale: Cina, Mongolia, Birmania, Laos, Cambogia, Tailandia, Vietnam, Taiwan |
|  |  | Asia sudorientale: Medio Oriente, Turchia |
|  |  | Asia meridionale: India, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka, Bhutan, Nepal |
| Caucasico | CAU | Europa, Groenlandia, Islanda, Russia, Australia, Nuova-Zelanda, Nord America (SU, Canada) | Madre del bambino [ ]  | Padre del bambino [ ]  |
| Ispanico | HI | America Centrale, America del Sud, Caraibi | Madre del bambino [ ]  | Padre del bambino [ ]  |
| Misto | MX |  | Madre del bambino [ ]  | Padre del bambino [ ]  |
| Altro | OT |  | Madre del bambino [ ]  | Padre del bambino [ ]  |
| Sconosciuto | UK |  | Madre del bambino [ ]  | Padre del bambino [ ]  |

|  |
| --- |
| ***C. QUESTIONARIO SULLA SALUTE*** |

|  |
| --- |
| *Spazio per etichetta* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  **Sì** |  **No** |
| 1. | a) | Lei e/o il padre del neonato siete stati adottati? | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Il concepimento è avvenuto impiegando ovuli di una donatrice, sperma di un donatore o è una maternità sostitutiva? | [ ]  | [ ]  |
|  | c) | Conosce l’anamnesi medica del padre oppure potrebbe ottenere informazioni in merito? | [ ]  | [ ]  |
| 2. | Nel corso delle ultime 4 settimane è stata ammalata o ha avuto una temperatura superiore a 38,5 C?Se sì, si prega di indicare la causa (se nota):  | [ ]  | [ ]  |
| 3. | a) | Durante la gravidanza ha assunto farmaci (ad es. compresse, iniezioni, supposte)?Quali?  | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Nel corso degli ultimi 3 anni ha assunto Neotigason® / Soriatane® (ad es. per psoriasi)? | [ ]  | [ ]  |
| 4. | a) | È stata sottoposta a una immunoterapia (ad es. farmaci prodotti da plasma, cellule o siero di origine umana o animale)?Se sì, quali?  | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Nelle ultime 4 settimane ha ricevuto una vaccinazione?Influenza [ ]  Epatite B [ ]  Pertosse [ ]  Rosolia [ ]  Rabbia [ ]  Tetano [ ] Altro [ ]  Quale? Quando?  | [ ]  | [ ]  |
| 5. | Soffre o ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie o sintomi? Se sì, specificare (malattia esatta, momento dell’insorgenza, trattamento / medicine, guarita o no, ecc.) | [ ]  | [ ]  |
|  | a) | Ipertensione prima della o durante la gravidanza (ad es. preeclampsia, sindrome HELLP):   | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Malattia cardiovascolare:   | [ ]  | [ ]  |
|  | c) | Malattia polmonare:   | [ ]  | [ ]  |
|  | d) | Malattia del tratto gastrointestinale:   | [ ]  | [ ]  |
|  | e) | Malattia del tratto urogenitale:   | [ ]  | [ ]  |
|  | f) | Malattie del sistema nervoso:   | [ ]  | [ ]  |
|  | g) | Malattie del sistema immunitario (ad es. allergia, malattia infiammatoria cronica, malattia autoimmune):   | [ ]  | [ ]  |
|  | h) | Malattia infettiva:   | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| *Spazio per etichetta* |
|  |  |  |  **Sì** |  **No** |
|  | i) | Contatto con una persona affetta di una malattia infettiva?Quale malattia? Quando contatto?  | [ ]  | [ ]  |
|  | j) | Malattia del sangue:   | [ ]  | [ ]  |
|  | k) | Cancro:   | [ ]  | [ ]  |
|  | l) | Diabete: Tipo I [ ]  Tipo II [ ]  Diabete gestazionale [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | m) | Malattia tiroidea: Tiroidite di Hashimoto [ ]  Morbo di Basedow [ ]  Altro [ ] Specificare: Tipo di trattamento: Da quando a quando:  | [ ]  | [ ]  |
|  | n) | Altra malattia:   | [ ]  | [ ]  |
| 6. | Nel corso degli ultimi 12 mesi ha: | [ ]  | [ ]  |
|  | a) | Avuto un incidente? [ ]  un’operazione? [ ] Se sì, specificare:  | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Ricevuto una trasfusione di sangue (concentrati di globuli rossi, di piastrine, plasma)?Se sì, quando: Per quale motivo? In quale paese?  | [ ]  | [ ]  |
| 7. | Malattia di Creutzfeldt-Jakob, rischio di |  |  |
|  | a) | Lei/un membro della Sua famiglia è stato affetto dalla malattia di Creutzfeldt-Jakob o si sospetta che lo sia stato?Madre del bambino [ ]  Padre del bambino [ ]  Altri familiari [ ]   | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Ha ricevuto un trapianto di tessuto umano?Se sì, specificare  | [ ]  | [ ]  |
|  | c) | Ha ricevuto un trapianto di tessuto animale?Se sì, specificare:  | [ ]  | [ ]  |
|  | d) | Ha subito un’operazione al cervello o al midollo spinale?Se sì, specificare:  | [ ]  | [ ]  |
| 8. | Virus tropicali (ne fanno parte: virus Chikungunya, Dengue, West Nile e Zika) |  |  |
|  | a) | Nel corso degli ultimi 6 mesi ha viaggiato / soggiornato fuori dalla Svizzera? Se sì, dove? Da quando è ritornata? Ha accusato dei sintomi (ad es. febbre) sul posto o dopo il ritorno?   | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Nel corso della gravidanza ha subito un’ infezione dal virus Chikungunya, Dengue o West Nile? | [ ]  | [ ]  |
|  | c) | Lei o il suo partner sessuale avete subito un’infezione dal virus Zika nel corso degli ultimi 4 mesi ? | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| *Spazio per etichetta* |
|  |  |  |  **Sì** |  **No** |
| 9. | Malaria, rischio di |  |  |
|  | a) | Ha già sofferto di una o più crisi di malaria? Se sì, quando?  | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Nel corso degli ultimi 3 anni ha viaggiato in una regione malarica? Se sì, dove? Quando?  | [ ]  | [ ]  |
| 10. | Malattia di Chagas, rischio di |  |  |
|  | a) | Ha mai contratto la malattia di Chagas? | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Lei o Sua madre (nonna del bambino) siete nate, cresciute o avete vissuto per oltre 6 mesi al di fuori dell’Europa? Se sì, chi? In quale paese?   | [ ]  | [ ]  |
| 11. | Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie: | [ ]  | [ ]  |
|  | **[ ]**  tubercolosi **[ ]**  borreliosi **[ ]**  brucellosi **[ ]**  osteomielite**[ ]**  febbre Q **[ ]**  toxoplasmosi **[ ]**  babesiosi **[ ]**  leishmaniosiSe sì, quando?  | [ ]  | [ ]  |
|  | Una persona con cui sta in stretto contatto (ad es. cura, un convivente) soffre di una tubercolosi aperta? | [ ]  | [ ]  |
| 12. | Nel corso degli ultimi 2 mesi ha avuto: | [ ]  | [ ]  |
|  | [ ]  un tatuaggio [ ]  una gastro-/colonoscopia [ ]  un trattamento con agopuntura[ ]  un make-up permanente [ ]  un piercing [ ]  un microblading[ ]  un contatto con sangue eterologo (ferita da ago, schizzi di sangue negli occhi, nella bocca o altro)?Se sì, quando? Utilizzati strumenti sterili [ ]  Sì [ ]  No | [ ]  | [ ]  |
| 13. | a) | Ha in passato sofferto di un ittero o di un’epatite?Quale? Epatite A [ ]  B [ ]  C [ ]  E [ ] Altro ittero/epatite:  | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Negli ultimi 12 mesi il Suo partner di vita, il Suo partner sessuale o il Suo convivente ha sofferto di un ittero o epatite? Quale? Epatite A [ ]  B [ ]  C [ ]  E [ ]  Altro:  | [ ]  | [ ]  |
| 14. | a)  | Negli ultimi 12 mesi ha soggiornato per almeno 6 mesi in un paese ad alta incidenza di HIV?Se sì, dove?  | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Durante il soggiorno è stata esposta a un potenziale rischio di HIV (ad es. attraverso rapporti sessuali e/o interventi medici o paramedici come trasfusione di sangue, tatuaggio, piercing)? | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| *Spazio per etichetta* |
|  |  |  |  **Sì** |  **No** |
| 15. | Si è esposta a una delle situazioni a rischio seguenti? | [ ]  | [ ]  |
|  | a) | Cambiamento del partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Rapporti sessuali dietro accettazione di denaro, droghe o medicamenti negli ultimi 12 mesi | [ ]  | [ ]  |
|  | c) | Rapporti sessuali con un partner che, negli ultimi 12 mesi, ha avuto rapporti sessuali con uomini | [ ]  | [ ]  |
|  | d) | Iniezione di droghe negli ultimi 12 mesi | [ ]  | [ ]  |
|  | e) | Test positivo all’HIV, alla sifilide o all’epatite C | [ ]  | [ ]  |
| 16. | Nel corso degli ultimi 12 mesi, ha avuto rapporti sessuali con partner, che | [ ]  | [ ]  |
|  | a) | si sono esposti a una delle situazioni di rischio di cui alla domanda 15 | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | hanno ricevuto trasfusioni di sangue in un paese ad alta incidenza di HIV | [ ]  | [ ]  |
|  | c) | sono stati esposti al rischio di un’infezione dal HIV in altro modo in un paese ad alta incidenza di HIV (ad es. attraverso rapporti sessuali, tatuaggio, piercing)? | [ ]  | [ ]  |
| 17. | Negli ultimi 12 mesi ha avuto segni o è stata curata per clamidia, herpes genitale, sifilide o un’altra malattia sessualmente trasmissibile? Specificare:  | [ ]  | [ ]  |
| 18. | Nella Sua famiglia è nota una delle seguenti malattie? Se sì, specificare il grado di parentela, | [ ]  | [ ]  |
|  | a) | Malattia dei globuli rossi (ad es. talassemia, anemia falciforme)Quale? Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Anemia aplasticaPadre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | b) | Malattia delle piastrine / trombociti (ad es. immunotrombocitopenia)Quale? Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | c) | Coagulopatia genetica (ad es. emofilia, malattia di von Willebrand, mutazione del fattore V di Leiden)Quale? Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | d) | Malattia metabolica / malattia da accumulo lisosomiale (ad es. fibrosi cistica, gotta, malattia di Tay-Sachs, malattia di Fabry, malattia di Gaucher, malattia di Niemann-Pick)Quale? Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]   | [ ]  | [ ]  |
|  | e) | Diabete di tipo I: Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ] Diabete di tipo II: Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]   | [ ]  | [ ]  |
|  | f) | Deficienza immunitaria / Immunodeficienza congenitaQuale? Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]   | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| *Spazio per etichetta* |
|  |  |  | **Sì** | **No** |
|  | g) | Malattia ematica maligna (ad es. leucemia, mieloma multiplo, sindrome mielodisplastica, trombocitemia essenziale, ecc.)Quale? Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | h) | CancroQuale? Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | i) | Altra malattiaQuale? Padre del bambino [ ]  Fratelli o sorelle [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| ***D.* OSSERVAZIONI SUL QUESTIONARIO (*madre*)** |

Domanda:

Domanda:

Domanda:

Domanda:

Domanda:

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Confermo l’esattezza dei miei dati personali e di aver risposto in modo corretto e sincero a tutte le domande**

**Madre**

Cognome: Nome: Data di nascita:

Data: Firma:

**Padre** (facoltativo)

Cognome: Nome: Data di nascita:

Data: Firma:

|  |
| --- |
| *Spazio per etichetta* |

**Controllo del questionario da parte del personale qualificato**

|  |
| --- |
| ***E. DA COMPILARE DURANTE IL RECLUTAMENTO*** |

Informazioni sul capitolo C «Questionario sulla salute»:

Domanda:

Domanda:

Domanda:

Domanda:

Questionario controllato (al momento del reclutamento): Data: Visto:

Maternità (segnare con una croce la casella corrispondente):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aarau: | **[ ]**  | Basilea: | **[ ]**  | Berna: | **[ ]**  | Ginevra: | **[ ]**  | Ticino: | **[ ]**  |

|  |
| --- |
| ***F. DA COMPILARE DURANTE IL PRELIEVO DEL SANGUE DEL CORDONE*** |

Dopo aver letto il questionario medico e le cartelle cliniche della paziente incinta, certifico che al momento non vi sono segni che suggeriscano un COMPORTAMENTO presente o passato AD ALTO RISCHIO per la trasmissione di malattie infettive (HIV, HTLV, epatite B o C e malattie sessualmente trasmissibili). Secondo i documenti / le cartelle cliniche in mio possesso, confermo che questa donatrice è idonea alla donazione del sangue del cordone del suo bambino al momento della nascita. Nell’eventualità di nuove informazioni sulla salute che possano compromettere questa donazione, assicuro di fornirle alla *Banca del sangue del cordone*.

**Medico:**

Cognome: Nome:

Data: Firma del medico: