# Criteri d’attitudine alla donazione del sangue del cordone ombelicale

Documentazione e principi generali

I criteri di attitudine alla donazione del sangue del cordone ombelicale costituiscono le basi a salvaguardia della sicurezza della madre e del ricevente e sono vincolanti.

I criteri vengono redatti in conformità con le leggi, gli standard e le direttive vigenti a livello nazionale e internazionale e aggiornati periodicamente dal gruppo di lavoro competente. La direttrice medica di SBSC comunica e mette in vigore le modifiche.

I criteri vengono elencati sotto forma di catalogo di domande, corrispondenti alle domande contenute nel questionario medico per una donazione di sangue del cordone ombelicale (FOR\_306\_CB\_Medical\_Questionnaire\_I). Il consenso informato per una donazione di sangue del cordone ombelicale per la conservazione in una banca di sangue del cordone è un documento separato (2173\_FOR\_Informed\_Consent\_Cord\_Blood\_Donation\_Public\_I). I documenti sono disponibili sul sito Internet di Trasfusione CRS Svizzera / infoportale SBSC. Il documento elettronico sull’infoportale corrisponde sempre alla versione più recente. Viene completato dai seguenti documenti contenuti nelle Prescrizioni di Trasfusione CRS Svizzera (T-CH) e SBSC:

* Chapitre 17 E: Travelcheck – Paesi o zone con rischi di infezione
www.blutspende.ch/it/informazioni-i-donatori/travelcheck
* Chapitre 17 D: Termini di rinvio dopo le vaccinazioni
* Chapitre 17 F: Termini di rinvio a causa / a seguito dell’assunzione di medicamenti

Per la valutazione del rischio di malattie trasmissibili (anamnesi di viaggio positiva, ad es. virus Chikungunya, West Nile, Dengue) devono inoltre essere considerate eventuali decisioni SBSC (sull’infoportale) e la versione attuale del Chapitre 17 E: Travelcheck – Paesi o zone con rischi di infezione

Il questionario medico serve a comunicare l’attitudine di una madre che desidera donare il sangue del cordone e viene valutato da personale qualificato competente nel centro di prelievo, sotto la responsabilità di un medico della clinica materna.

Se dal questionario o dalla visita emergono segnali o esiti che mettono in dubbio l’attitudine alla donazione, questi devono essere interpretati facendo ricorso ai criteri di questo catalogo di domande. In caso di rinvio, la madre deve ricevere una spiegazione dettagliata del motivo in una forma a lei comprensibile.

Se sussistono dubbi sull’attitudine oppure si sospetta o si individua un rischio per la madre, il bambino o il ricevente e questo rischio non è descritto nei criteri o lo è insufficientemente, la decisione spetta al medico della clinica di prelievo o della banca di sangue del cordone. Qualora siano necessari chiarimenti, il servizio medico di SBSC rimane a disposizione.

Tutti i termini di rinvio valgono per il momento del prelievo.

Di regola le domande concernono la madre, ma quando le procedure concernono sia la madre che il padre o altri parenti, questo viene esplicitamente indicato. Il grado di parentela – se menzionato o richiesto, si riferisce sul bambino.

Terminologia impiegata nel presente documento:

|  |
| --- |
| **Misure** |
| **Accettare** | La madre è ammessa alla donazione di sangue del cordone ombelicale. |
| **Non accettare** | La madre non è ammessa alla donazione di sangue del cordone ombelicale.Questo può applicarsi soltanto all’attuale donazione o può significare un’incapacità permanente a donare.La madre deve essere informata in una forma a lei comprensibile. |
| **Contro-indicazione temporanea, CIT** | Misure limitate nel tempo. |
| **Altro** |
| **Vai a** | La voce indicata deve essere consultata. |
| **Vedi pure** | Se necessario, consultare anche la voce indicata. |
| **Complemento** | Aiuto per la decisione. |

|  |
| --- |
| 1. **RIFERIMENTI**

Ordinanza sulle autorizzazioni nel settore dei medicamenti (OAMed; RS 812.212.1) – 2002Legge federale sul trapianto di organi, tessuti e cellule (RS 810.21) e relativa ordinanza (RS 810.211) – versione attuale“Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components - Council of Europe Press”, – versione attuale“Donor selection guidelines JPAC (Joint United Kingdom (UK) Blood Transfusion and TissueTransplantation Services Professional Advisory Committee)” – versione attuale |

|  |
| --- |
| **1. a) Lei e/o il padre del neonato siete stati adottati?** |
| **Adozione** | Misure | Accettare |
| **1. b) Il concepimento è avvenuto impiegando ovuli di una donatrice, sperma di un donatore o è una maternità sostitutiva?** |
| **Donazione di ovuli/sperma** | Misure | Non accettare  |
| **Maternità sostitutiva** | Misure | Non accettare  |
| **Trattamento per l’infertilità con ovuli o sperma propri** | Misure | Accettare  |
| **1. c) Conosce l’anamnesi medica del padre oppure potrebbe ottenere informazioni in merito?** |
|  | Misure | Non accettare, se sconosciuta oppure non ci sono possibilità di prenderne conoscenza Attitudine da determinare da un medico in caso di dubbio |
| **2. Nel corso delle ultime 4 settimane è stata ammalata o ha avuto febbre superiore a 38.5°C?** |
| **Febbre** | Misure | Accettare, se:* La causa è conosciuta / verificata e non costituisce una controindicazione (ad es. infezione delle vie respiratorie superiori e in via di guarigione)

Non accettare: febbre non spiegata oppure febbre > 38.5°C sub partuUna febbre non spiegata deve essere chiarificata |
|  | Vedi pure | Diagnosi specifica, ad es. SARS-CoV-2 |
| **Malattia** | Misure | Vedi diagnosi specifica |
| **3. a) Durante la gravidanza ha assunto farmaci** (ad es. compresse, iniezioni, supposte)? **Quali?** |
|  | Misure | Accettare:* In caso di automedicazione sporadica con determinati medicamenti quali vitamine, antidolorifici (Dafalgan, Aspirina, FANS), sonniferi
* Medicamenti prescritti, se la patologia di base non costituisce un motivo di CIT (ad es. preparati ferruginosi, Induzione della maturazione polmonare, anticoagulanti, tocolitici, antistaminici, antibiotici)
 |
|  |  | Non accettare in caso di:* Medicamenti evidentemente teratogeni (quali ad es. derivati della vitamina A (Roaccutan®, Soriatane®), finasteride (Propecia®), litio (Lithiofor®, Quilonorm®,e altri preparati)
 |
| **3. b) Nel corso degli ultimi 3 anni ha assunto Neotigason® / Soriatane®?** (ad es. per psoriasi) |
| **Acitretina** | Definizione | Principio attivo di antipsoriasici, ad es. Neotigason® o Acicutan® |
|  | Misure | Non accettare  |
| **4. a) È mai stata sottoposta a una immunoterapia?** (ad es. farmaci prodotti da plasma, cellule o siero di origine umana o animale) |
| **Immunobioterapia** | Definizione | Trattamento con plasma, cellule o siero di origine umana o animale |
|  | Misure | Accettare in caso di:* Profilassi anti-D (ad es. Rophylac®)
* De/iposensibilizzazione in caso di allergie
* Impiego di vaccino batterico immunostimolante (ad es. Broncho-Vaxom®, Uro-Vaxom®, Buccalin®, Luivac®), se non sussiste una patologia di base cronica o un’infezione recidivante
 |
|  |  | Non accettare:* Somministrazione d’immunoglobuline di origine umana, anche se come misura preventiva
* Trattamento parenterale con preparati di origine animale/terapia cellulare (ad es. preparati di origine bovina come Solcoseryl®)
* Immunobioterapia per trattare malattie autoimmuni, malattie tumorali, malattie di base croniche o infezioni recidivanti
 |
| **4. b) Nelle ultime 4 settimane ha ricevuto una vaccinazione?** (ad es. influenza, epatite B, pertosse, rosolia, rabbia, tetano, altro) |
| **Vaccinazione contro influenza, epatite B, pertosse, tetano, rabbia,**  | Definizione | Vaccino inattivato, ricombinante o costituito da tossoideComprende inoltre vaccinazioni contro ad es.: Difterite, herpes genitale, virus del papilloma umano (HPV), poliomielite, meningoencefalite primaverile-estiva (FSME)  |
|  | Misure | CIT per 48 ore  |
| **Altri vaccinazioni** | Definizione | Vaccino vivo: Agente patogeno attenuato Ad es.: BCG, febbre gialla, morbillo-orecchioni-rosolia, poliomielite orale (Sabin), tifo, paratifo orale, varicella |
|  | Misure | CIT per 1 mese  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Definizione | Immunizzazione passiva post-esposizione (immunoglobuline)Ad es: Immunoglobulina Anti-HBV, Anti-HCV, rabbia, tetano |
|  | Misure | CIT per 12 mesi |
|  | Vedi pure | Capitolo 17D: Termini di rinvio dopo una vaccinazione |
| **5. Soffre o ha mai sofferto di una delle seguenti malattie o sintomi? Se sì, specificare?** |
| **5. a) Ipertensione prima della o durante la gravidanza** (ad es. preeclampsia, sindrome HELLP) |
| **Ipertensione prima della o durante la gravidanza** | Misure | Accettare se:* La madre è sotto trattamento farmacologico adeguato e l’ipertensione è ben controllata
* L’ipertensione non è in seguito di una malattia di base che costituisce una controindicazione
 |
| **Preeclampsia** | Definizione | Nota anche come gestosi, ipertensione indotta dalla gravidanzaSintomi principali: Ipertensione, proteinuria ed edema |
|  | Misure | Accettare  |
| **Sindrome HELLP** | Definizione | Patologia grave della gravidanza / variante della preeclampsia che presenta un’emolisi, un aumento degli enzimi epatici e una trombocitopenia |
|  | Misure | Non accettare |
| **5. b) Malattia cardiovascolare** |
|  | Misure | Accettare, se la cardiopatia non è associata a una malattia genetica  |
| **5. c) Malattia polmonare** |
|  | Definizione | Tra cui:* Angina
* Asma
* Bronchite
* COPD (broncopneumopatia cronica ostruttiva)
* Enfisema polmonare
* Influenza
* Laringite
 |
|  |  | * Pleurite
* Polmonite
* Raffreddore
* Sinusite
* Tonsillite
* Tracheite

La maggior parte di queste patologie può insorgere in forma acuta o cronica ed essere infettiva o non infettiva |
| **Malattia polmonare, acuta** | Misure | Accettare dopo la fine del trattamento antibiotico o altro e guarigione completa  |
| **Malattia polmonare, cronica** | Misure | Non accettare, se sotto trattamento duraturo con steroidi  |
| **Asma** | Misure | Accettare, ma informazione sul questionario |
| **5. d) Malattia del tratto gastrointestinale** |
|  | Definizione | Tra cui:* Appendicite
* Calcoli biliari
* Colecistite
* Colite
* Colite ulcerosa
* Diarrea
* Diverticolite
* Gastrite, gastroenterite
* Malattia di Crohn
* Pancreatite
* Peritonite
* Ulcera
* Ulcera gastrica
 |
|  | Misure | Accettare, se **tutti** i seguenti punti sono pertinenti:* Nessuna sintomatica acuta
* Sono trascorse 4 settimane dalla fine del trattamento (ad es. antibiotico) e guarigione completa, se di natura infettiva
* Nessuna terapia immunosoppressiva da almeno 12 mesi
* Nessun sospetto di infezione attiva (ad es. in caso di diarrea)
* Nessun segno di malignità
 |
| **Diarrea** | Definizione | Possibile agente patogeno:Batteri: Ad es. E. coli enterotossico, Vibrio cholerae (colera), salmonella (tifo), Yersinia enterocolitica, Shigella, Campylobacter, Clostridium difficile Virus: Rotavirus, Enterovirus, Norovirus Parassiti intestinali: Vermi o protozoi, Giardia lamblia (lambliasi) |
|  | Misure | Non accettare se sospetto di infezione |
| **Colestasi da gravidanza** | Definizione | Anche ittero in gravidanza. Colestasi intra-epatica che impiccia la funzione del fegato Sintomo principale: Un forte prurito |
|  | Misure | Accettare se:* Valore della bilirubina < 40 µmol/l
* Valori epatici normali
 |
| **5. e) Malattia del tratto urogenitale** |
| **Malattia renale acuta** | Definizione | Tra cui:* Calcoli renali
* Colecistite, infezione delle vie urinarie
* Colica renale
* Glomerulonefrite
* Insufficienza renale acuta
* Nefrite interstiziale
* Pielonefrite
 |
|  | Misure | Accettare, se **tutti** i seguenti punti sono pertinenti:* Nessuna sintomatica acuta
* Sono trascorse 4 settimane dalla fine del trattamento (ad es. antibiotico) e guarigione completa, se di natura infettiva
* Nessuna terapia immunosoppressiva da almeno 12 mesi
* Nessun segno di malignità
 |
| **Malattia renale cronica** | Definizione | Malattia renale che si estende su un periodo prolungato che porta a una limitazione progressiva, perlopiù irreversibile, della funzione renale 🡪 Insufficienza renale cronicaDiverse cause, tra cui:Nefrite interstiziale, glomerulopatia, malattia renale congenita (ad es. rene policistico), malattie autoimmuni, diabete mellito, ipertensione |
|  | Misure | Non accettare  |
| **Colica renale** | Misure | Accettare, tranne se sussiste un catetere a doppio J (rischio di infezione) |
| **Infezione vaginale sintomatica** | Misure | Accettare, se trattamento concluso con successo da oltre 2 settimane |
| **Candidosi vaginale** | Misure | Accettare se una candidosi vaginale avvenuta durante la gravidanza è stata trattata ed è completamente guarita |
| **Infezione da strepto- cocchi di gruppo B** | Misure | Accettare se asintomatica |
| **5. f) Malattia del sistema nervoso** |
| **Epilessia** | Misure | Non accettare, se:* Insorge durante la gravidanza e/o è ancora in accertamento
* Gli attacchi sono dovuti a una patologia di base organica (ad es. evento cerebrovascolare, tumore cerebrale, patologia neurodegenerativa, trauma cerebrale)
* La madre ha assunto durante la gravidanza medicamenti con teratogenicità nota o tossicità ematopoietica (ad es. carbamazepina (Tegretol)

Annotare nel questionario tutti gli antiepilettici assunti durante la gravidanza! |
| **Disturbo psichico / malattia psichica** | Definizione | Tra cui:* Disturbo d’ansia
* Disturbo bipolare
* Depressione
* Psicosi
 |
|  | Misure | Accettare se decorso stabile, anche sotto trattamento medicamentoso. È determinante la capacità di intendere / capacità di dare il consenso |
|  |  | Attitudine da determinare da una persona qualificata, in caso di dubbio |
| **Depressione** | Misure | Accettare in caso di decorso stabile (capace di dare il consenso) |
| **Litio, trattamento** | Misure | Non accettare  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Infiammazione / infezione del sistema nervoso centrale** | Definizione | Encefalite, meningite, meningoencefalite, mielitePossibili cause: da agente patogeno / non da agente patogeno / autoimmuneEsempi: Encefalite da virus herpes simplex (HSVE), meningite da meningococco, pneumococco, encefalite trasmessa da zecche (TBE) |
|  | Misure | Non accettare se insorgenza durante la gravidanza |
| **Malattia cerebrovascolare** | Definizione | Tra cui: Anomalie vascolari, aneurisma, ischemia (TIA, attacco ischemico transitorio), ictus, trombosi della vena retinica centrale |
|  | Misure | Accettare, se:* Non sussiste alcun rischio per la madre
* È possibile il consenso informato
 |
|  |  | Non accettare in caso di idrocefalo con shunt inserito |
| **5. g) Malattia del sistema immunitario** (ad es. allergie, malattia infiammatoria cronica, malattia autoimmune) |
| **Artrite non infettiva** | Definizione | Tra cui: * Artrite in caso di malattie del metabolismo (ad es. gotta)
* Poliartrite (giovanile)
* Artrite psoriasica
* Artrite reattiva
* Artrite reumatoide
 |
|  | Misure | Accettare, se non è di origine autoimmune e se trattata soltanto con FANSSe la genesi è autoimmune o non chiara: vedi malattia autoimmune |
| **Allergia** | Definizione | Reazione patologica eccessiva del sistema immunitario a determinati allergeni. Diversi stati di espressione dell’eruzione cutanea localizzata fino a insufficienza circolatoria letale (shock anafilattico) |
|  | Misure | Accettare, ma informazione sul questionario |
| **Malattia autoimmune** | Definizione | Malattia autoimmune acquisita, congenita. Reazione eccessiva del sistema immunitario ai tessuti autologhiQuesto concerne ad esempio le seguenti malattie:* Malattie intestinali infiammatorie croniche(ad es. morbo di Crohn, colite ulcerosa, celiachia)
* Malattie reumatiche infiammatorie croniche (ad es. spondilite anchilosante / morbo di Bechterew, artrite reattiva (sindrome di Reiter))
* Malattie sistemiche: sarcoidosi, lupus eritematoso sistemico (LES)
* Pelle e capelli: Lichen sclerosus, sclerodermia, pemfigo, psoriasi, alopecia areata, sindrome di Sjögren
* Reni: Glomerulonefrite
* Sangue: Trombocitopenia immune (ITP), anemia emolitica autoimmune
* Sistema nervoso centrale: Sindrome di Guillain-Barré, sclerosi multipla, miastenia gravis
* Tiroide: Tiroidite di Hashimoto, morbo di Basedow
 |
|  | Misure | Non accettare, se negli ultimi 12 mesi la madre è stata trattata con immunosoppressori  |
| **5. h) Malattia infettiva** |
| **Malattia infettiva, acuta** | Definizione | Breve infezione senza stato di portatore a lungo termine (ad es. influenza) |
|  | Misure | Accettare, se:* Nessun segno di un’infezione attiva
* Terapia sistemica antibiotica / antivirale / antimicotica terminata **e**
* guarigione completa
 |
|  |  | Non accettare fintanto che l’infezione è acutaCIT dipende dall’ infezione e stato di guarigione della madre |
| **Malattia infettiva cronica** | Definizione | Infezione di lunga durata (diverse settimane) con possibile stato di portatore a lungo termine dell’agente patogeno (ad es. malaria, tifo) |
|  | Misure | In generale non accettare, innanzitutto se terapia antibiotica a lungo terminePossibile eccezione, ad es. micosi superficiali |
| **Malattia infettiva specifica** | Definizione | Talune malattie infettive possono rappresentare un rischio per il feto, se la madre è stata infettata durante la gravidanza. I rischi possono essere: Malformazioni, aborto spontaneo, parto prematuro o disturbi della crescitaTra cui ad esempio: Borreliosi, brucellosi, clamidia, citomegalovirus, malaria, morbillo, parotite, rosolia, eritema infettivo (Parvo B19), toxoplasmosi, varicella, virus dell’herpes (herpes genitale, herpes di tipo II), Zika  |
|  | Misure | Non accettare, se infezione durante la gravidanza |
| **Amebiasi** | Definizione | Malattia infettiva causata dal parassita Entamoeba histolyticum. Trasmissione oro-fecale via cisti secrete dall’infettato. Forma intestinale e viscerale(extra-intestinale) |
|  | Misure | Accettare: * Dopo trattamento concluso e guarigione completa se intestinale
* 6 mesi dopo la conclusione del trattamento e guarigione completa se viscerale
 |
| **Artrite infettiva** | Definizione | Tra cui: * Artrite batterica
* Artrite nell’ambito di una malattia infettiva(ad es. artrite tubercolare, artrite di Lyme)
 |
|  | Misure | Accettare dopo trattamento concluso e guarigione completa |
| **Citomegalovirus** | Misure | Non accettare, se primoinfezione in gravidanza |
| **Febbre reumatica** | Definizione | Malattia sistemica infiammatoria reumatica che interessa la pelle, il cuore, le articolazioni e il cervello – oggi rara. Conseguenza di un’infezione delle vie respiratorie superiori da streptococchi beta emolitici (Lancefield gruppo A) |
|  | Misure | Non accettare se:* Episodi ricorrenti
* Necessaria profilassi antibiotica permanente
 |
| **HIV, infezione** | Definizione | Infezione da HIV, test positivo per HIV |
|  | Misure | Non accettare |
| **HTLV I/II, infezione** | Definizione | Virus T-linfotropico dell'uomo. Retrovirus che infetta l'uomo ed altri primati e provoca la leucemia a cellule T dell'adulto e la paraparesi spastica tropicale. Trasmissione per via transplacentare, sessuale e per via ematica |
|  | Misure | Non accettare |
| **Micosi** | Definizione | Malattia infettiva causata da funghi |
|  | Misure | Non accettare se infezione di organi che suggerisce una patologia di base maligna / un’immunodeficienza |
| **5. i) Malattia infettiva, contatto** |
|  | Misure | Accettare, se:* Contatto almeno 1 mese fa
* Senza periodo di rinvio se immunità (dopo vaccinazione o malattia superata)
 |
|  | Vedi pure | Malattia specifica |

|  |
| --- |
| **5. j) Malattia del sangue** |
| **Anemia da carenza di ferro** | Misure | Accettare, se la madre riceve una sostituzione di ferro e il valore dell’emoglobina è normale. Il valore normale per le donne incinte al momento del parto: Hb > 110 g/l Attitudine da valutare da parte di una persona qualificata  |
| **Anemia, da vitamina B12 o carenza di acido folico** | Misure | Accettare, se la donatrice assume vitamina B12 e il valore dell’emoglobina è normale. Il valore normale per le donne incinte al momento del parto: Hb > 110 g/lAttitudine da valutare da parte di una persona qualificata |
| **Anemia emolitica** | Definizione | Distruzione precoce degli eritrociti dovuta a processo (auto)immune, con causa meccanica o come conseguenza di una malattia ereditaria |
|  | Misure | Non accettare  |
| **Malattia ematica maligna**  | Definizione | Malattie ematiche maligne, tra cui:* Leucemia
* Linfoma
* Mieloma multiplo
* Sindrome mielodisplastica
* Policitemia (P. vera rubra, malattia di Vaquez)
* Trombocitemia essenziale
 |
|  | Misure | Non accettare |
| **Trombocitopenia** | Definizione | Carenza di trombociti nel sangue. Rischio di emorragia se valore dei trombociti < 50 G/l |
|  | Misure | Accettare, se:* Numerotazione dei trombociti > 100'000/µl **e**
* nessuna malattia ematologica soggiacente
 |
|  |  | Non accettare, se nella madre è nota una trombocitopenia immunitaria e se a causa di questa malattia negli ultimi 12 mesi prima della gravidanza è stata trattata con immunoglobuline o scambio di plasma |
| **Trombocitosi** | Definizione | Aumento del numero dei trombociti nel sangue, > 500'000 - 600'000/µlPossibili cause:* Malattia ematica soggiacente (ad es. trombocitemia essenziale)
* Nell’ambito di un’infiammazione cronica
* Reattiva, dovuta a stress
 |
|  | Misure | Non accettare, se causata da una malattia ematica (ad es. trombocitemia essenziale) |
| **Coagulopatia genetica** | Definizione | Alterazione del meccanismo della coagulazione, inducendoa) emorragie prolungate (ipocoagulabilità) o b) eccessiva attività pro-coagulante (ipercoagulabilità) |
| 1. **Ipocoagulabilità**
 | Definizione | Emorragie prolungate o ampliate (ad.es. emofilia, sindrome di von Willebrand) |
| **Emofilia** | Misure | Accettare se la madre è portatrice dell’emofiliaNon accettare se entrambi i seguenti punti sono pertinenti:* La madre è affetta da emofilia **e**
* ha ricevuto come trattamento concentrati di fattori della coagulazione di origine umana
 |
| **Sindrome di von Willebrand** | Misure | Non accettare se entrambi i seguenti punti sono pertinenti:* La madre è affetta da questa sindrome **e**
* ha ricevuto come trattamento concentrati di fattori della coagulazione di origine umana
 |
| 1. **Ipercoagulabilità**
 | Definizione | Trombofilia 🡪 elevato rischio di trombosi (ad es. mutazione del fattore V di Leiden, mutazione del gene della protrombina (fattore II), deficit di proteina C o S, deficit di antitrombina) |
|  | Misure | Accettare |
| **Coagulopatia acquisita** | Definizione | Disturbo della coagulazione nel ambito di una malattia di base (ad es. malattia epatica, malattia tumorale, malattia autoimmune, sindrome di anticorpi antifosfolipidi, infiammazione cronica, coagulazione intravascolare disseminata (coagulazione da consumo), farmaci, operazioni |
|  | Misure | Non accettare |
| **5. j) Cancro** | Misure | Non accettare, eccetto basalioma o carcinoma della cervice uterina in situ senza chemioterapia o radioterapia |
| **5. k) Diabete** | Definizione | Diabete di tipo I o di tipo II |
|  | Misure | Accettare in caso di: * Diabete mellito di tipo II, indipendentemente dalla medicazione
* Diabete gestazionale
 |
|  |  | Non accettare in caso di diabete di tipo I |
| **5. l) Malattia tiroidea** | Definizione | Malattia della tiroide con o senza disturbo del metabolismo ormonale (iper / ipotireosi)Tra cui:* Ipertireosi (ad es. malattia di Basedow, adenoma autonomo)
* Ipotireosi (congenita / acquisita)
* Tumore maligno della tiroide
* Noduli tiroidei
* Struma (gozzo)
* Tiroidite (ad es. Hashimoto)
 |
|  | Misure | Accettare, se:* Valore normale dell’ormone tiroideo (TSH) (con o senza terapia sostitutiva) **e**
* trattamento tireostatico concluso da almeno 2 anni **e**
* nessun trattamento immunosoppressore negli ultimi 12 mesi
 |
|  |  | Non accettare in caso di:* Qualsiasi malattia tiroidea in corso di chiarificazione
* Tumore maligno della tiroide
 |
| **5. m) Altra malattia** | Misure | Attitudine da valutare da parte di una persona qualificata secondo l’anamnesi medicaInformazione sul questionario |

|  |
| --- |
| **6. Nel corso degli ultimi 12 mesi ha:** |
| **6. a) Avuto un incidente, un’operazione?** |
| **Incidente** | Misure | Non accettare, se a causa di questo:* Ha ricevuto una trasfusione nel corso della gravidanza
* Ha ricevuto una trasfusione in un paese con elevato tasso di HIV
 |
| **Ferita** | Misure | Accettare se ferita aperta senza infezione, medicata o guaritaNon accettare se ferita aperta con segni di una infezione attiva |
|  | Vedi pure | Domanda 5. h) Malattia infettiva |
| **Operazione / intervento generale** | Misure | Accettare: * Dopo la valutazione dell’attitudine da parte di una persona qualificata, in considerazione della malattia di base / dell’indicazione per l’operazione
* Dopo la conclusione del trattamento postoperatorio e guarigione completa
* Dopo cerchiaggio del collo dell'utero, villocentesi, amniocentesi
* 2 mesi dopo l’intervento con strumenti flessibili: gastroscopia, colonscopia (rischio di epatite), se l’esito dell’esame non costituisce una controindicazione
 |
|  |  | Non accettare, se:* L’operazione ha avuto luogo a causa di una malattia maligna o di un tumore maligno
* Rischio di trasmissione di prioni, ad es.:
* Operazione al cervello o midollo spinale con apertura della dura madre
* Trapianto (allogenico) di meningi (dura madre), cornea, sclera o altri tessuti dell’occhio
 |
| **6. b) Ricevuto una trasfusione di sangue? Se si, quando? Per quale causa? In quale paese?** |
| **Trasfusione di sangue** | Misure | Accettare, se:* Trasfusione prima della gravidanza, a seconda della causa della trasfusione
* Trasfusione in Gran Bretagna (se accettabile a seconda della causa), ma informazione sul questionario
 |
|  |  | Non accettare, se:* Trasfusione durante la gravidanza
* Trasfusione negli ultimi 12 mesi in un paese con elevato tasso di HIV
 |
|  | Vedi pure | www.blutspende.ch/it/informazioni-i-donatori/travelcheck |
| **7. Malattia di Creutzfeldt-Jakob, rischio di** |
| **7. a) Lei/un parente è stato affetto dalla malattia di Creutzfeldt-Jakob o si sospetta che lo sia stato?** |
| **Malattia di Creutzfeldt-Jakob, rischio**  | Definizione | Malattia di Creutzfeldt-Jakob nella famiglia |
|  | Misure | Non accettare, se 1 parente di 1° grado o ≥ 2 parenti di 2° grado hanno o avevano la malattia(Attenzione: I gradi di parentela si riferiscono al bambino)**Concerne la madre e il padre** |
| **7. b) Ha ricevuto un trapianto di tessuto umano?** |
| **Trapianto di tessuto umano** | Misure | Non accettare, se:* Trapianto di cornea, sclera e altro tessuto oculare
* Trapianto di dura madre
* Trapianto a causa di malignità, epatite virale o malattia autoimmune
* Negli ultimi 12 mesi la madre ha subito un trattamento immunosuppressivo (a seconda della malattia di base)
* La madre ha ricevuto un trapianto di un organo (malattia di base)

Considerare le cause del trapianto di tessuti / malattia di base! |
| **7. c) Ha ricevuto un trapianto di tessuto animale?** |
| **Trapianto di tessuto animale** | Misure | Non accettare, tranne:* Preparati di origine animale (ad es. preparati di origine bovina come Bio-Oss®, Bio-Gide®, Cerabone®) per la ricostruzione ossea, ad es. in riguardo a un impianto dentale
 |
| **7. d) Ha subito un’operazione al cervello o al midollo spinale?** |
| **Operazione del sistema nervoso centrale** | Definizione | Operazione al cervello o al midollo spinale |
|  | Misure | Accettare, se trapanazione della calotta cranica ed operazione di un’ernia discale |
|  |  | Non accettare, se operazione con apertura della dura madre |

|  |
| --- |
| **8. Virus tropicali** (ne fanno parte: I virus Chikungunya, Dengue, West Nile e Zika) |
| **8. a) Nel corso degli ultimi 6 mesi ha viaggiato / soggiornata fuori dalla Svizzera?** **Se sì, dove? Da quando è ritornata?** **Ha accusato dei sintomi (ad es. febbre) sul posto o dopo il ritorno?** |
| **Virus tropicali, rischio** | Definizione | Soggiorno in una zona endemica dei virus Chikungunya, Dengue, West Nile (WNV) o Zika. Si tratta di arbovirus, ossia virus che vengono trasmessi da artropodi (zanzare, flebotomi e zecche) |
|  | Misure | Accettare senza test, se:* Di ritorno da > 4 mesi
* Con o senza sintomi durante o dopo il soggiorno

Accettare e fare il test NAT (PCR) dalla madre se:* Di ritorno da < 4 mesi
* Con o senza sintomi durante o dopo il soggiorno
 |
|  |  | Non accettare se il test NAT (PCR) è positivo |
|  | Vedi pure | www.blutspende.ch/it/informazioni-i-donatori/travelcheck |
| **8. b) Nel corso della gravidanza ha subito un’infezione dal virus Chikungunya, Dengue o  West Nile?** |
|  | Misure | Non accettare |
| **8. c) Lei o il Suo partner sessuale avete avuto un’ infezione dal virus Zika nel corso degli ultimi 4 mesi?** |
|  | Misure | Non accettare |
| **9. Malaria, rischio di** |
| **9. a) Ha già sofferto di una o più crisi di malaria? Se sì, quando?** |
| **Malaria, infezione da** | Definizione | Infezione superata |
|  | Misure | Accettare, se:* Malattia superata da > 3 anni
* La madre è stata trattata e da allora è asintomatica
* È disponibile un test recente per la malaria (effettuato negli ultimi 12 mesi) ed è negativo

Test malaria = Test NAT (PCR) **e** test anticorpi |
|  |  | Non accettare se test per la malaria positivo (PCR e/o test anticorpi) |

|  |
| --- |
| **9. b) Nel corso degli ultimi 3 anni ha viaggiato in una regione malarica? Se sì, dove? Quando?** |
| **Malaria, rischio di** | Definizione | Soggiorno in una zona a rischio di malaria nel corso degli ultimi 3 anni |
|  | Misure | Accettare dopo soggiorno, se:* Di ritorno da > 4 mesi
* Con o senza sintomi durante o dopo il soggiorno
* Test per la malaria effettuato negli ultimi 4 mesi, disponibile e negativo NAT (PCR) e anticorpi)

Test malaria = Test NAT (PCR) **e** test anticorpi |
|  |  | Non accettare se test per la malaria positivo (PCR e/o test anticorpi) |
|  | Vedi pure | www.blutspende.ch/it/informazioni-i-donatori/travelcheck |
| **10. Malattia di Chagas, rischio di** |
| **10. a) Ha mai contratto la malattia di Chagas?** |
| **Chagas, infezione** | Definizione | Infezione superata, test per Chagas positivo |
|  | Misure | Non accettare  |
| **10. 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?** |
| **Chagas, rischio di**  | Definizione | L’agente patogeno della malattia di Chagas è il parassita unicellulare Trypanosoma cruzi. Trasmissione da cimici ematofage, da parte d’una madre infetta prima di o durante il parto o per via del allattamento. Raramente tramite trasfusione o trapianto di organiDiffusione dell’infezione soprattutto in America centrale eAmerica del Sud.La madre o Sua madre (nonna del bambino) sono nate o cresciute in una zona endemica per il Chagas o vi hanno vissuto > 6 mesi  |
|  | Misure | Accettare, se:* Di ritorno da > 6 mesi **e** attuale test degli anticorpi contro Chagas negativo
 |
|  |  | Effettuare il test anticorpi per Chagas se questo risultato mancaAccettare senza test, se soggiorno in una zona endemica di Chagas durato < 6 mesiNon accettare, se la madre ha ricevuto una trasfusione di sangue in una zona endemica per il Chagas |

|  |
| --- |
| **11. Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie? Se sì, quando?** |
| **11. a) Tubercolosi** |  |  |
| **Tubercolosi, infezione**  | Definizione | Infezione superata |
|  | Misure | Accettare, se:* Sono trascorsi almeno 2 anni dalla terminazione di tutti i medicamenti e conclusione di qualsiasi cura medica successiva
* Nessuna recidiva
 |
| **Tubercolosi, latente** | Definizione | Prova sierologica positiva per tubercolosi senza indicazione di una infezione attiva resp. dopo esclusione di una Tbc attiva (ad es. test Quantiferon positivo) |
|  | Misure | Non accettare |
| **Tubercolosi, contatto** | Misure | Accettare tranne se contatto regolare e stretto (stessa economia domestica, cura) con persone affette da tubercolosi aperta, con o senza vaccinazione |
| **1111. b) Borreliosi** | Definizione | Infezione batterica da Borrelia, trasmissione da zecche. Detta anche malattia di Lyme / borreliosi di Lyme |
|  | Misure | Non accettare, se infezione durante la gravidanza |
| **11. c) Brucellosi** | Definizione | Infezione da batteri del genere Brucella. Trasmissione alle persone da contatto con animali infetti (bovini, capre, pecore, maiali, cavalli, cani) |
|  | Misure | Non accettare, se infezione durante la gravidanza |
| **11. d) Osteomielite** | Misure | Accettare 2 anni dopo la guarigione e dopo la conclusione del trattamento antibiotico, se evento unico e nessuna recidiva |
| **11. e) Febbre Q** | Definizione | Zoonosi causata dal batterio Coxiella burnetii con quadro clinico di una polmonite |
|  | Misure | Non accettare  |
| **11. f) Toxoplasmosi** | Definizione | Malattia infettiva da Toxoplasma gondii. Zoonosi, colpisce soprattutto i gatti |
|  | Misure | Non accettare, se infezione durante la gravidanza |
| **11. g) Babesiosi** | Definizione | Infezione da puntura di zecca. Trasmissione intra-uterina possibile 🡪 babesiosi congenita. Sintomatica simile alla malaria |
|  | Misure | Non accettare  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11. h) Leishmaniosi** | Definizione | Malattia infettiva diffusa in tutto il mondo da parassiti del genere Leishmania. Trasmissione da flebotomi/pappataci |
|  | Misure | Non accettare  |
| **12. Nel corso degli ultimi 2 mesi ha avuto: Un tatuaggio, una gastro-/colonscopia,  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?** |
| **Agopuntura** | Misure | Accettare, se non ci sono dubbi riguardo alla tecnica di lavoro sterile, del materiale monouso è stato adoperato e non vi sono segni di infezione (batterica) |
| **Endoscopia** | Definizione | Gastroscopia o colonscopia. Intervento con strumento flessibile |
|  | Misure | Accettare, se l’intervento ha avuto luogo 2 mesi prima e l’esito non costituisce un criterio di esclusione |
| **Ferita da ago** | Definizione | Ferita con ago da punzione o iniezione potenzialmente contaminato. Tra cui: tatuaggi, piercing, make-up permanente, microblading, contatto con sangue eterologo (ferita da ago, schizzi di sangue negli occhi, nella bocca o altro) |
|  | Misure | Accettare, se l’intervento, l’evento o il tatuaggio ha avuto luogo almeno 2 mesi prima e non vi sono segni di infezione  |
| **Piercing genitale** | Misure | Non accettare, tranne se il materiale è stato rimosso almeno 2 settimane prima del parto |
| **13. a) Ha in passato sofferto di un ittero o d’un’epatite? Se sì, specificare?** |
| **Ittero** | Misure | Accettare dopo guarigione completa da un ittero non dovuto a infezione o non legato a una malattia di base inaccettabile, ad es.:* Calcoli biliari
* Emolisi del neonato
* Malattia di Gilbert (malattia di Meulengracht, congenita, ittero non infettivo)
* Medicamenti, veleni, tossine
 |
| **Epatite A** | Misure | Accettare 4 mesi dopo la guarigione completa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Epatite B, acuta** | Definizione | Infezione da virus dell’epatite B Sierologia: HBs Ag positivo e/o HBV NAT (PCR) positivo |
|  | Misure | Accettare, se:* Infezione risalente a > 2 anni
* HBs Ag negativo, Anti-HBc positivo, Anti-HBs positivo e titolo Anti-HBs > 100 IU/L, HBV-NAT (PCR) negativo
 |
|  |  | Non accettare, se infezione negli ultimi 2 anni |
| **Epatite B cronica** | Definizione | Portatrice cronica del virus, infezione persistenteSierologia: HBs-Ag positivo e/o HBV-NAT(PCR) positivo,Anti-HBc positivo, Anti-HBs negativo |
|  | Misure | Non accettare  |
| **Epatite C** | Definizione | Infezione da virus dell’epatite C acuta o cronica |
|  | Misure | Non accettare, se anticorpi HCV e/o HCV NAT (PCR) positivo |
| **Epatite E** | Definizione | Infezione da virus dell’epatite E. Trasmissione soprattutto da animali tramite consumo di carne cruda o non sufficientemente cotta (maiale, selvaggina, molluschi in conchiglia). Possibile trasmissione mediante prodotti sanguigni o per via oro-fecaleIn Svizzera il test HEV NAT (PCR) è stato introdotto il 01.10.2018 |
|  | Misure | Non accettare, se HEV NAT(PCR) positivo |
| **13. 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?** |
| **Epatite B, partner sessuale** | Definizione | Partner sessuale con epatite B acuta o cronica (portatore di virus) |
|  | Misure | Accettare, se:* Ultimo rapporto sessuale con partner seropositivo risalente a > 12 mesi prima o
* madre è vaccinata o immunizzata da una precedente infezione (Anti-HBc positivo e Anti-HBs > 100 IU/ml)
 |
| **Epatite B, convivente** | Definizione | Partner convivente positivo (senza rapporti sessuali) |
|  | Misure | Accettare, se madre vaccinata o immune (Anti-HBc positivo e Anti-HBs > 100 IU/ml) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Epatite C, partner sessuale** | Definizione | Partner sessuale con epatite C |
|  | Misure | Accettare, se ultimo rapporto risalente a > 12 mesi prima |
|  |  | Non accettare se continua a esserci contatto |
| **14. a) Negli ultimi 12 mesi ha soggiornato per almeno 6 mesi in un paese ad elevato tasso di HIV? Se sì, dove?** |
| **Soggiorno in un paese ad elevato tasso di HIV** | Definizione | Soggiorno di almeno 6 mesi in un paese ad elevato tasso di HIV nel corso degli ultimi 12 mesi |
|  | Misure | Accettare, se nessun soggiorno |
|  |  | Se soggiorno, vedi domanda 14. b) |
|  | Vedi pure | www.blutspende.ch/it/informazioni-i-donatori/travelcheck |
| **14. 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)?** |
| **HIV, esposizione in un paese ad elevato tasso di HIV** | Definizione | Possibile esposizione all’HIV (ad es. rapporti sessuali, interventi medici o paramedici come trasfusione di sangue, tatuaggio, piercing) durante un soggiorno in un paese ad elevato tasso di HIV  |
|  | Misure | Non accettare, se esposizione durante la gravidanza |
| **15. Si è esposta a una delle situazioni a rischio seguenti?** |
| **15. a) Cambio del partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi** |
|  | Misure | Non accettare  |
| **15. b) Rapporti sessuali dietro accettazione di denaro, droghe o medicamenti negli ultimi  12 mesi** |
|  | Misure | Non accettare  |
| **15. c) Rapporti sessuali con un partner che, negli ultimi 12 mesi, ha avuto rapporti sessuali con uomini** |
|  | Misure | Non accettare  |
| **15. d) Iniezione di droghe negli ultimi 12 mesi** |
|  | Misure | Non accettare  |
| **15. e) Test positivo all’HIV, alla sifilide o all’epatite C** |
|  | Misure | Non accettare  |

|  |
| --- |
| **16. Nel corso degli ultimi 12 mesi, ha avuto rapporti sessuali con partner, che** |
| **16. a) si sono esposti a una delle situazioni a rischio di cui alla domanda 15?** |
|  | Misure | Non accettare  |
| **16. b) hanno ricevuto una trasfusione di sangue in un paese ad elevato tasso di HIV?** |
|  | Misure | Non accettare  |
| **16. c) sono stati esposti al rischio di un’infezione dal HIV in un altro modo (ad es. attraverso rapporti sessuali, tatuaggio, piercing) in un paese ad elevato tasso di HIV?** |
|  | Misure | Non accettare  |
| **17. Negli ultimi 12 mesi ha avuto segni o è stata curata per clamidia, herpes genitale, sifilide o un’altra malattia sessualmente trasmissibile?** |
| **Malattie sessualmente trasmissibili** | Definizione | Tra cui:* Clamidiosi
* Gonorrea
* Herpes genitale
* Linfogranuloma venereo
* Papilloma Virus Umano (HPV)
* Sifilide
* Ulcera venerea
* Verruche genitali (HPV)

Altri: HBV, HCV, HIV, HTLV 🡪 vedi malattia specifica |
|  | Misure | Non accettare generalmenteEccezioni:* Clamidiosi
* Herpes genitale
* Papilloma Virus Umano (HPV)
 |
|  | Vedi pure | Domanda 5. e), infezione vaginale  |
| **Clamidia** | Misure | Accettare, se non esiste un’anamnesi di altre malattie sessualmente trasmissibili |
| **Herpes genitale** | Misure | Accettare, se:* Unico evento nella gravidanza e lesioni guarite
* Recidiva e parto cesareo
 |
|  |  | Non accettare, se:* Prima infezione durante la gravidanza
* Recidiva e parto naturale
 |
| **Human Papilloma Virus, HPV** | Definizione | Infezione da papillomavirus umano (HPV). Formazione di verruche genitali o condilomi acuminati |
|  | Misure | Accettare, se:* Unico evento nella gravidanza e lesioni guarite
* Recidiva e parto cesareo
 |
|  |  | Non accettare, se:* Prima infezione durante la gravidanza
* Recidiva e parto naturale
 |
| **18. Nella Sua famiglia è nota una delle seguenti malattie?** |
| **18. a) Malattia dei globuli rossi** (ad es. talassemia, anemia falciforme e altre) |
| **Anemia aplastica** | Definizione | Forma particolare dell’anemia. Disfunzione del midollo osseo con pancitopenia, congenita o acquisita |
|  | Misure | Accettare, se padre, fratelli o sorelle del bambino sono colpiti |
| **Emoglobinopatia** | Definizione | Malattia dovuta all’alterazione della sintesi dell’emoglobina causata da un difetto geneticoTra cui: Talassemie, anemia falciforme |
|  | Misure | Non accettare, se feto omozigote o se sussiste il rischio che il feto sia omozigote e non è stato effettuato un accertamento completo |
| **Sferocitosi ereditaria** | Definizione | Anemia emolitica di origine genetica dovuta a un difetto strutturale degli eritrociti |
|  | Misure | Non accettare se padre, fratelli o sorelle del bambino sono colpiti |
| **18. b) Malattia delle piastrine / trombociti** (ad es. Immunotrombocitopenia) |
| **Trombocitosi** | Definizione | Aumento del numero dei trombociti nel sangue, > 500'000 - 600'000/µlPossibili cause:* Malattia ematica di base (ad es. trombocitemia essenziale)
* Nell’ambito di un’infiammazione cronica
* Reattiva, dovuta a stress
 |
|  | Misure | Non accettare, se dal padre, dai fratelli o sorelle del bambino è nota una trombocitosi causata da una malattia ematologica (ad es. trombocitemia essenziale) |
| **Trombocitopenia** | Definizione | Carenza di trombociti nel sangue |
|  | Misure | Accettare se:* Numero dei trombociti > 100'000/µl **e**
* non sussiste alcuna malattia soggiacente
 |
|  |  | Non accettare se è nota una trombocitopenia immune dal padre, dai fratelli o sorelle del bambino |
| **18. c) Coagulopatia genetica** (ad es. emofilia, malattia di von Willebrand, mutazione fattore V di Leiden) |
| **Coagulopatia genetica**  | Definizione | Alterazione del meccanismo della coagulazione, inducendoa) emorragie prolungate (ipocoagulabilità) o b) eccessiva attività pro-coagulante (ipercoagulabilità)  |
| 1. **Ipocoagulabilità**
 | Definizione | Emorragie prolungate o ampliate (ad.es. emofilia, sindrome di von Willebrand) |
| **Emofilia** | Misure | Accettare |
| **Sindrome di von Willebrand** | Misure | Accettare |
| 1. **Ipercoagulabilità**
 | Definizione | Trombifilia 🡪 elevato rischio di trombosi (ad es. mutazione fattore V di Leiden, mutazione del gene della protrombina (fattore II), deficit di proteina C o S, deficit di antitrombina) |
|  | Misure | Accettare |
| **18. d) Malattia metabolica / malattia da accumulo lisosomiale** (ad es. mucoviscidosi, gotta, malattia di Tay-Sachs, malattia di Fabry, malattia di Gaucher, malattia di Niemann-Pick) |
| **Malattia del metabolismo / malattia da accumulo lisosomiale** | Definizione | Disturbo congenito o acquisito del metabolismo (spesso carenza di enzimi), che può portare a un accumulo di metabolitiTra cui:* Amiloidosi
* Emosiderosi
* Fenilchetonuria
* Galattosemia
* Gangliolipidosi GM2 (malattia di Tay-Sachs)
* Glicogenosi, (carenza di G6PD)
* Lipidosi, sfingolipidosi (malattia di Fabry, malattia di Gaucher, malattia di Niemann-Pick)
* Mucopolisaccaridosi
* Mucoviscidosi
 |
|  | Misure | Non accettare, se padre, fratelli o sorelle del bambino sono colpiti |
| **18. e) Diabete di tipo I o di tipo II** |
| **Diabete** | Misure | Accettare in caso di diabete mellito di tipo II, indipendentemente della medicazione |
|  |  | Non accettare in caso di diabete di tipo I se padre, fratelli o sorelle del bambino sono colpiti |
| **18. f) Immunodeficienza congenita** |
| **Immunodeficienza** | Definizione | Malattia del sistema immunitario la cui conseguenza è un indebolimento temporaneo o irreversibile del sistema immunitario (insufficienza immunitaria, immunodeficienza)  |
|  | Misure | Non accettare se nota dal padre, fratello o dalla sorella del bambino (ereditaria)  |
| **18. g) Malattia ematica maligna** |
| **Malattia ematica maligna** | Definizione | Malattie ematiche maligne, tra cui:* Leucemia
* Linfoma
* Mieloma multiplo
* Policitemia (P. vera rubra, malattia di Vaquez)
* Sindrome mielodisplastica
* Trombocitemia essenziale
 |
|  | Misure | Non accettare se padre, fratelli o sorelle del bambino sono colpiti |
| **18. h) Cancro** | Misure | Accettare se non ematologica |
| **18. i) Altra malattia** | Misure | Attitudine da valutare da parte d’una persona qualificata secondo l’anamnesi medicaInformazione sul questionario |