



Etichetta ID madre

Questionario per la donazione di sangue del cordone

Ha letto le informazioni sulla donazione di sangue del cordone e desidera donare il sangue del cordone. La invitiamo a rispondere alle domande del questionario.

Per chi sono le domande?

Le domande sono per **la madre** della bambina o del bambino. Se una domanda riguarda anche il padre, i fratelli, le sorelle o i parenti della bambina o del bambino, è specificato nella domanda.

Come rispondere alle domande?

Per ogni domanda, metta una X sulla risposta che corrisponde alla sua situazione.

In alcuni casi, ci servono maggiori informazioni. Può scrivere la sua risposta nello spazio a disposizione sotto la domanda.

Importante: dica sempre la verità.

È fondamentale per proteggere lei stessa e gli eventuali riceventi del sangue del cordone di sua figlia o di suo figlio.

Alla fine del questionario, nella sezione C, c'è dello spazio libero. Qui può comunicarci quello che desidera.

In caso di domande o dubbi, rivolgetevi alla vostra ostetrica o al vostro medico curante. Saranno lieti di aiutarvi.

La invitiamo a compilare il questionario a partire da **4 settimane** prima del termine previsto della gravidanza. In questo modo le informazioni sono aggiornate.

A. Informazioni sulla madre

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Via e numero civico	
NPA / Località	
Telefono	
E-mail	



Etichetta ID madre

B. Questionario sulla salute

1. Famiglia e gravidanza

- a) È rimasta incinta in uno dei seguenti modi: Ha ricevuto ovuli da una donatrice o sperma da un donatore o si tratta di una maternità sostitutiva? ☐ Sì ☐ No
- b) Conosce la storia medica del padre biologico di sua figlia o di suo figlio? ☐ Sì ☐ No
- c) Lei e il padre biologico di sua figlia o di suo figlio siete parenti? ☐ Sì ☐ No

Se sì, come siete imparentati?

2. Stato di salute nelle ultime 4 settimane

Nelle ultime 4 settimane è stata ammalata? O ha avuto una febbre superiore a 38,5°C? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quale malattia o quali sintomi ha avuto?

.....

3. Assunzione di farmaci durante la gravidanza

- a) Durante la gravidanza ha preso dei farmaci (p. es. compresse, iniezioni, supposte)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quali farmaci ha preso?

.....

- b) Negli ultimi 3 anni ha preso il farmaco Neotigason® / Soriatane®? Si tratta di un farmaco che può essere prescritto per la psoriasi. ☐ Sì ☐ No

4. Immunoterapia e vaccinazioni

- a) È mai stata sottoposta a un'immunoterapia? L'immunoterapia comprende sieri o farmaci di origine umana o animale. ☐ Sì ☐ No

Se sì, quali farmaci ha preso?

.....

- b) Nelle ultime 4 settimane ha ricevuto una vaccinazione? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quale?

- ☐ Influenza ☐ RSV ☐ Pertosse
☐ Covid-19 ☐ Tetano ☐ Rabbia
☐ un'altra vaccinazione:

Scriva la data della vaccinazione:

5. Ha attualmente o ha avuto in passato le seguenti malattie o sintomi?

Se sì, ci fornisca maggiori informazioni p. es. la malattia esatta, il periodo, il trattamento e se è guarita o no

- a) Ipertensione prima della gravidanza o durante la gravidanza ☐ Sì ☐ No



Etichetta ID madre

p. es. ipertensione arteriosa, preeclampsia, sindrome HELLP

Maggiori informazioni:

b) Malattia cardiovascolare ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

c) Malattia polmonare ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

d) Malattia dello stomaco o dell'intestino ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

e) Malattia ai reni, alla vescica, alle vie urinarie o agli organi genitali ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

f) Malattia del sistema nervoso p. es. epilessia, meningite ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

g) Malattia del sistema immunitario p. es. allergia, malattia infiammatoria
cronica come il morbo di Crohn, malattia autoimmune ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

h) Malattia infettiva ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

i) Ha avuto contatti con una persona affetta da una malattia infettiva? ☐ Sì ☐ No

Quale malattia?

Quando è avvenuto il contatto?

j) Malattia del sangue ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:



Etichetta ID madre

5. Ha attualmente o ha avuto in passato le seguenti malattie o sintomi? - continua -

k) Cancro ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

l) Diabete ☐ Sì ☐ No

☐ Tipo I ☐ Tipo II ☐ Diabete gestazionale
☐ MODY «diabete di tipo II dell'adulto che insorge nell'adolescenza»

m) Malattia tiroidea ☐ Sì ☐ No

☐ Tiroidite di Hashimoto ☐ Morbo di Basedow

☐ Altro:

A che trattamento è stata sottoposta?

Da quando a quando è durato?

n) Altre malattie non menzionate sopra ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

6. Incidenti, operazioni, trasfusioni di sangue

a) Negli ultimi 12 mesi ha avuto: ☐ Sì ☐ No

☐ Un incidente ☐ Un'operazione

Se sì, ci fornisca maggiori informazioni:

b) Ha mai ricevuto una trasfusione di sangue? ☐ Sì ☐ No
p. es. concentrati di globuli rossi, di piastrine, plasma

Se sì, quando ha subito la trasfusione?

Perché ha dovuto subire la trasfusione?

In che Paese ha subito la trasfusione?

7. (Rischio di) malattia di Creutzfeldt-Jakob

a) Lei, il padre di sua figlia o di suo figlio o un altro membro della famiglia ha la malattia di Creutzfeldt-Jakob? ☐ Sì ☐ No

C'è un sospetto che qualcuno di voi abbia questa malattia?

Se sì, chi?

☐ Lei (madre) ☐ Il padre ☐ Altri parenti:



Etichetta ID madre

7. (Rischio di) malattia di Creutzfeldt-Jakob - continua -

- b) Ha mai ricevuto un trapianto di tessuto umano? ☐ Sì ☐ No

Se sì, ci fornisca maggiori informazioni:

.....

- c) Ha mai ricevuto un trapianto di tessuto animale? ☐ Sì ☐ No

Se sì, ci fornisca maggiori informazioni:

.....

- d) Ha mai subito un'operazione al cervello o al midollo spinale? ☐ Sì ☐ No

Se sì, ci fornisca maggiori informazioni:

.....

8. (Rischio di) virus tropicali (Chikungunya, Dengue e Zika)

- a) Negli ultimi 6 mesi ha trascorso più di 2 giorni (48 ore) all'estero? ☐ Sì ☐ No

Se sì, dove?

Paese:

Regione o città:

Quando è tornata?

- b) Si è ammalata mentre era all'estero (p. es. febbre)? ☐ Sì ☐ No
Ha avuto sintomi dopo il suo ritorno?

Se sì, quali?

.....

- c) Nel corso della gravidanza ha avuto un'infezione da virus Chikungunya, West Nile o Dengue? ☐ Sì ☐ No

- d) Lei o i suoi/le sue partner sessuali avete avuto un'infezione da virus Zika negli ultimi 4 mesi? ☐ Sì ☐ No

9. (Rischio di) malaria

- a) Ha mai avuto la malaria? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quando ha avuto la malaria?



Etichetta ID madre

9. **(Rischio di) malaria** - continua -

- b) Negli ultimi 3 anni ha viaggiato in una regione malarica? ☐ Sì ☐ No

Se sì, dove?

Paese:

Regione o città:

- c) Negli ultimi 4 mesi ha viaggiato in una regione malarica? ☐ Sì ☐ No

Se sì, dove?

Paese:

Regione o città:

Da quando è tornata?

10. **(Rischio di) malattia di Chagas**

- a) Ha mai avuto la malattia di Chagas? Si tratta di una malattia infettiva. ☐ Sì ☐ No

- b) È nata o cresciuta al di fuori dell'Europa? ☐ Sì ☐ No
Ha vissuto per oltre 6 mesi al di fuori dell'Europa?

In quale Paese?

Quando vi ha vissuto?

- c) La sua madre biologica (la nonna materna di sua figlia o di suo figlio) è nata o cresciuta in America Centrale o in America del Sud? ☐ Sì ☐ No
Oppure vi ha vissuto per oltre 6 mesi?

In quale Paese?

Quando vi ha vissuto sua madre?

11. **Malattie infettive o rischio di contrarle**

- a) Ha mai avuto una di queste malattie? ☐ Sì ☐ No

☐ Tuberculosi ☐ Borreliosi ☐ Brucellosi ☐ Osteomielite

☐ Febbre Q ☐ Toxoplasmosi ☐ Babesiosi ☐ Leishmaniosi

Se sì, quando?

- b) Una persona con cui è a stretto contatto ha la tubercolosi attiva? ☐ Sì ☐ No
p. es. una persona che assiste o con cui vive



Etichetta ID madre

12. Itterizia ed epatite

- a) Ha mai avuto l'ittero (senza contare l'ittero neonatale)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, ci fornisca maggiori informazioni:

- b) Ha mai avuto l'epatite? ☐ Sì ☐ No

Se sì, che forma? Epatite ☐ A ☐ B ☐ C ☐ E

- c) Negli ultimi 12 mesi i suoi/le sue partner di vita, partner sessuali o conviventi hanno avuto l'epatite? ☐ Sì ☐ No

Se sì, che forma? Epatite ☐ A ☐ B ☐ C ☐ E

- d) Negli ultimi 12 mesi i suoi/le sue partner di vita, partner sessuali o conviventi hanno avuto l'ittero (epatite con un'altra causa)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, ci fornisca maggiori informazioni:

13. Rischio di HIV e soggiorno in Paesi ad alta incidenza di HIV

- a) Negli ultimi 12 mesi ha trascorso almeno 6 mesi all'estero? ☐ Sì ☐ No

Se sì, dove?

Paese:

Quando vi ha soggiornato?

- b) Durante il soggiorno ci sono state situazioni in cui potrebbe aver contratto l'HIV? ☐ Sì ☐ No

p. es. attraverso rapporti sessuali, interventi medici come trasfusione di sangue, tatuaggi, piercing

14. Trattamenti invasivi o contatto con sangue eterologo

- a) Negli ultimi 2 mesi ha avuto ☐ Sì ☐ No

☐ Un tatuaggio ☐ Un piercing ☐ Un trattamento di agopuntura
☐ Un make-up permanente/Un microblading ☐ Una gastro-/colonscopia

Se sì, quando?

Se sì, sono stati utilizzati strumenti sterili? ☐ Sì ☐ No



Etichetta ID madre

14. Trattamenti invasivi o contatto con sangue eterologo - continua -

- b) Negli ultimi 2 mesi è entrata in contatto con sangue eterologo? ☐ Sì ☐ No
p. es. ferita da ago, schizzi di sangue negli occhi, nella bocca o altro

Se sì, quando?

15. Si è trovata nelle seguenti situazioni a rischio?

- a) Negli ultimi 4 mesi ha avuto un nuovo/una nuova partner sessuale? ☐ Sì ☐ No
- b) Negli ultimi 12 mesi ha avuto rapporti sessuali in cambio di denaro, droghe o farmaci? ☐ Sì ☐ No
- c) Ha avuto rapporti sessuali con un partner che negli ultimi 12 mesi ha avuto rapporti sessuali con un uomo? ☐ Sì ☐ No
- d) Negli ultimi 12 mesi ha fatto uso di droghe tramite siringa? O qualcuno le ha iniettato delle droghe? ☐ Sì ☐ No
- e) Si è sottoposta a un test per l'HIV, la sifilide o l'epatite C che è risultato positivo? ☐ Sì ☐ No

16. Negli ultimi 12 mesi ha avuto rapporti sessuali

- a) con una persona che si è trovata in una delle situazioni a rischio elencate nella domanda 15? ☐ Sì ☐ No
- b) con una persona che ha ricevuto una trasfusione di sangue? ☐ Sì ☐ No
- Se sì, in quale paese è stata effettuata la trasfusione di sangue?
- c) con una persona che si è trovata in una situazione a rischio di infezione da HIV in un paese nel quale molte persone hanno l'HIV?
p. es. attraverso rapporti sessuali, tatuaggi, piercing, interventi chirurgici ☐ Sì ☐ No

Se sì, in quale paese si trovava la persona?

17. Dati sulle malattie sessualmente trasmissibili e i trattamenti

- Negli ultimi 12 mesi ha avuto sintomi di clamidia, herpes genitale, sifilide o un'altra malattia sessualmente trasmissibile? ☐ Sì ☐ No

Ha ricevuto un trattamento contro una di queste malattie?

Se sì, quale malattia e quale trattamento?

.....



Etichetta ID madre

18.

Qualcuno nella sua famiglia ha una delle seguenti malattie?

*Questa domanda riguarda soltanto il padre, le sorelle e i fratelli di sua figlia o suo figlio, non altri parenti.
Se sì, metta una X su chi ha o ha avuto la malattia.*

- a) Malattia dei globuli rossi p. es. talassemia, anemia falciforme ☐ Sì ☐ No

Altra malattia:

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

- b) Anemia aplastica ☐ Sì ☐ No

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

- c) Malattia delle piastrine p. es. trombocitopenia immune ☐ Sì ☐ No

Altra malattia:

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

- d) Coagulopatia genetica ☐ Sì ☐ No
p. es. emofilia, malattia di von Willebrand, mutazione del fattore V di Leiden

Altra malattia:

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

- e) Malattia metabolica / Malattia da accumulo lisosomiale ☐ Sì ☐ No
p. es. fibrosi cistica, malattia di Tay-Sachs, malattia di Fabry, malattia di
Gaucher, malattia di Niemann-Pick

Altra malattia:

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

- f) Diabete di tipo I ☐ Sì ☐ No

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

Diabete di tipo II

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

MODY (diabete di tipo II dell'adulto che insorge nell'adolescenza)

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

- g) Deficienza immunitaria / Immunodeficienza congenita ☐ Sì ☐ No

Altra malattia:

Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle



Etichetta ID madre

18. Qualcuno nella sua famiglia ha una delle seguenti malattie? - continua -

- h) Malattia ematica maligna ☐ Sì ☐ No
p. es. leucemia, mieloma multiplo, sindrome mielodisplastica, trombocitemia
essenziale

Altra malattia:
Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

- i) Cancro ☐ Sì ☐ No

Che tipo di cancro?
Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

- j) Altre malattie ☐ Sì ☐ No

Quali?
Chi riguarda? ☐ Padre ☐ Fratelli / Sorelle

C. Desidera aggiungere qualcosa?

D. Dichiarazione della madre del bambino o della bambina

**Confermo che i dati personali da me forniti sono corretti.
Confermo di aver risposto in modo veritiero alle domande.**

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Data: Firma della madre:



Etichetta ID madre

Controllo del questionario da parte del personale qualificato

E. Verifica del questionario DURANTE IL RECLUTAMENTO

Informazioni sulla sezione B «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

La pagina 12 deve essere compilata dal personale specializzato al momento del parto.



Etichetta ID madre

F. Controllo del questionario AL PARTO

1. Occorre porre nuovamente le seguenti domande alla gestante per coprire il periodo di tempo tra la compilazione del questionario e il parto.

- a) Malattie o cambiamenti dello stato di salute (**domanda 2**) ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

- b) Modifiche relative a farmaci e vaccinazioni (**domande 3, 4b**) ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

- c) Modifiche relative ai soggiorni all'estero (**domanda 8a**) ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

- d) Cambiamento del comportamento nei confronti dei rischi di infezione (**domande 14, 15, 16**) ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

2. Stato di salute della madre e del bambino (criteri di esclusione sub partu)

- a) Sindrome HELLP ☐ Sì ☐ No

- b) Segni di infezione con febbre superiore a 38,5°C nella madre (p. es. sospetto di corioamniotite) ☐ Sì ☐ No

- c) Malformazioni, malattie congenite, malattie infettive o segni di infezione nei neonati ☐ Sì ☐ No

Maggiori informazioni:

- d) Parto <37 settimane di gravidanza ☐ Sì ☐ No

- e) Gravidanza multipla ☐ Sì ☐ No

G. CONFERMA DI IDONEITÀ ALLA DONAZIONE da parte del medico

Dopo aver letto il questionario medico e le cartelle cliniche della gestante, 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 e le cartelle cliniche in mio possesso, confermo che questa donatrice è idonea alla donazione del sangue del cordone di sua figlia o di suo figlio 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: