



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.

Gruppo	Abbreviazione	Descrizione	Madre del bambino <input type="checkbox"/>	Padre del bambino <input type="checkbox"/>
Africano	AFNA	Africa settentrionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AFSS	Africa subsahariana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiatico	AS	Asia centrale: Russia orientale, Kazakistan, Uzbekistan, Kirghizistan, Tajikistan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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, Thailandia, 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ispanico	HI	America Centrale, America del Sud, Caraibi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misto	MX		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	OT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sconosciuto	UK		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Spazio per etichetta

C. QUESTIONARIO SULLA SALUTE

	Si	No
1. a) Lei e/o il padre del neonato siete stati adottati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Il concepimento è avvenuto impiegando ovuli di una donatrice, sperma di un donatore o è una maternità sostitutiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Conosce l'anamnesi medica del padre oppure potrebbe ottenere informazioni in merito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. a) Durante la gravidanza ha assunto farmaci (ad es. compresse, iniezioni, supposte)? Quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nel corso degli ultimi 3 anni ha assunto Neotigason® / Soriatane® (ad es. per psoriasi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nelle ultime 4 settimane ha ricevuto una vaccinazione? Influenza <input type="checkbox"/> Epatite B <input type="checkbox"/> Pertosse <input type="checkbox"/> Rosolia <input type="checkbox"/> Rabbia <input type="checkbox"/> Tetano <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Quale?..... Quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Ipertensione prima della o durante la gravidanza (ad es. preeclampsia, sindrome HELLP):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Malattia cardiovascolare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Malattia polmonare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Malattia del tratto gastrointestinale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Malattia del tratto urogenitale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Malattie del sistema nervoso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Malattie del sistema immunitario (ad es. allergia, malattia infiammatoria cronica, malattia autoimmune):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Malattia infettiva:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Spazio per etichetta		
	Si	No
i) Contatto con una persona affetta di una malattia infettiva? Quale malattia? Quando contatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Malattia del sangue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Cancro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Diabete: Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Diabete gestazionale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Malattia tiroidea: Tiroidite di Hashimoto <input type="checkbox"/> Morbo di Basedow <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare: Tipo di trattamento: Da quando a quando:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Altra malattia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nel corso degli ultimi 12 mesi ha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Avuto un incidente? <input type="checkbox"/> un'operazione? <input type="checkbox"/> Se sì, specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ricevuto una trasfusione di sangue (concentrati di globuli rossi, di piastrine, plasma)? Se sì, quando: Per quale motivo? In quale paese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Padre del bambino <input type="checkbox"/> Altri familiari <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ha ricevuto un trapianto di tessuto umano? Se sì, specificare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ha ricevuto un trapianto di tessuto animale? Se sì, specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ha subito un'operazione al cervello o al midollo spinale? Se sì, specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nel corso della gravidanza ha subito un'infezione dal virus Chikungunya, Dengue o West Nile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lei o il suo partner sessuale avete subito un'infezione dal virus Zika nel corso degli ultimi 4 mesi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Spazio per etichetta		Si	No
9.	Malaria, rischio di		
a)	Ha già sofferto di una o più crisi di malaria? Se sì, quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Nel corso degli ultimi 3 anni ha viaggiato in una regione malarica? Se sì, dove? Quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Malattia di Chagas, rischio di		
a)	Ha mai contratto la malattia di Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> tubercolosi <input type="checkbox"/> borreliosi <input type="checkbox"/> brucellosi <input type="checkbox"/> osteomielite <input type="checkbox"/> febbre Q <input type="checkbox"/> toxoplasmosi <input type="checkbox"/> babesiosi <input type="checkbox"/> leishmaniosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sì, quando?		
	Una persona con cui sta in stretto contatto (ad es. cura, un convivente) soffre di una tubercolosi aperta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Nel corso degli ultimi 2 mesi ha avuto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> un tatuaggio <input type="checkbox"/> una gastro-/colonoscopia <input type="checkbox"/> un trattamento con agopuntura <input type="checkbox"/> un make-up permanente <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> un microblading <input type="checkbox"/> un contatto con sangue eterologo (ferita da ago, schizzi di sangue negli occhi, nella bocca o altro)? Se sì, quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utilizzati strumenti sterili <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
13.	a) Ha in passato sofferto di un ittero o di un'epatite? Quale? Epatite A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Altro ittero/epatite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	a) Negli ultimi 12 mesi ha soggiornato per almeno 6 mesi in un paese ad alta incidenza di HIV? Se sì, dove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Spazio per etichetta		Sì	No
15.	Si è esposta a una delle situazioni a rischio seguenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Cambiamento del partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Rapporti sessuali dietro accettazione di denaro, droghe o medicinali negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Rapporti sessuali con un partner che, negli ultimi 12 mesi, ha avuto rapporti sessuali con uomini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Iniezione di droghe negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Test positivo all'HIV, alla sifilide o all'epatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Nel corso degli ultimi 12 mesi, ha avuto rapporti sessuali con partner, che	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) si sono esposti a una delle situazioni di rischio di cui alla domanda 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) hanno ricevuto trasfusioni di sangue in un paese ad alta incidenza di HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Negli ultimi 12 mesi ha avuto segni o è stata curata per clamidia, herpes genitale, sifilide o un'altra malattia sessualmente trasmissibile? Specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Nella Sua famiglia è nota una delle seguenti malattie? Se sì, specificare il grado di parentela,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Malattia dei globuli rossi (ad es. talassemia, anemia falciforme) Quale? Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anemia aplastica Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Malattia delle piastrine / trombociti (ad es. immunotrombocitopenia) Quale? Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Coagulopatia genetica (ad es. emofilia, malattia di von Willebrand, mutazione del fattore V di Leiden) Quale? Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Diabete di tipo I: Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/> Diabete di tipo II: Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) Deficienza immunitaria / Immunodeficienza congenita Quale? Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Spazio per etichetta		Sì	No
g)	Malattia ematica maligna (ad es. leucemia, mieloma multiplo, sindrome mielodisplastica, trombocitemia essenziale, ecc.) Quale? Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Cancro Quale? Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	Altra malattia Quale? Padre del bambino <input type="checkbox"/> Fratelli o sorelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

.....

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:

Nr: N/A	Name: FOR_306_Medical_Questionnaire_CB_I	Version: 6	Gültig ab: 01.10.2020
Owner: bncgnico	Geschäfts-/Teilprozess: SBSC / Vorschriften	Seite: 7 von 7	