



UOC Centro Trasfusionale – Milano Cord Blood Bank  
Tel. 0255034087 – Fax 0255034050 – email: micb@policlinico.mi.it

VERIFICA: QMS  
APPROVAZIONE: RS

**DONAZIONE DEDICATA DI SANGUE DA CORDONE OMBELICALE –  
QUESTIONARIO ANAMNESTICO – STORIA CLINICA DELLA FAMIGLIA**

Applicare l'etichetta con  
barcode fornita dalla MICB (a  
cura di chi effettua la raccolta  
di sangue da cordone  
ombelicale)

Centro di Raccolta \_\_\_\_\_

**Informazioni personali e contatti**

**Madre del neonato** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
Indirizzo Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Telefono/i \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**Padre del neonato** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
Telefono/i \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**Etnia/origine geografica** (barrare la casella)

Madre del neonato	Padre del neonato
Bianca Europa <input type="checkbox"/> Nord America <input type="checkbox"/> Centro America <input type="checkbox"/> Sud America <input type="checkbox"/> Costa Nord Africa <input type="checkbox"/> Altro _____	Bianca Europa <input type="checkbox"/> Nord America <input type="checkbox"/> Centro America <input type="checkbox"/> Sud America <input type="checkbox"/> Costa Nord Africa <input type="checkbox"/> Altro _____
Asiatica Cina <input type="checkbox"/> Filippine <input type="checkbox"/> Giappone <input type="checkbox"/> Altro _____	Asiatica Cina <input type="checkbox"/> Filippine <input type="checkbox"/> Giappone <input type="checkbox"/> Altro _____
Nera Africa <input type="checkbox"/> America-Africa <input type="checkbox"/> Caraibi <input type="checkbox"/> Altro _____	Nera Africa <input type="checkbox"/> America-Africa <input type="checkbox"/> Caraibi <input type="checkbox"/> Altro _____
Isole del Pacifico <input type="checkbox"/> Nativi Nord America <input type="checkbox"/>	Isole del Pacifico <input type="checkbox"/> Nativi Nord America <input type="checkbox"/>
Altro _____	Altro _____

**Luogo di nascita** (Stato, se Italia regione)

Madre del neonato	
Padre del neonato	
Nonna materna del neonato	
Nonno materno del neonato	
Nonna paterna del neonato	
Nonno paterno del neonato	

1. Anamnesi materna	No	SI	Note
1. E' stata adottata?			
2. Esiste un grado di parentela fra lei e il padre del neonato (es. cugini)?			
3. Ha già donato il sangue placentare?			
4. E' donatrice di sangue?			
5. Se donatrice di sangue, è stata sospesa dalla donazione? Indicare motivo			
6. E' fumatrice? Quante sigarette al giorno?			
7. Beve alcolici?			
8. Negli ultimi 3 anni è stata all'estero? Dove? Quando? Al ritorno ha avuto febbre o altri sintomi?			
9. Ha soggiornato nel Regno Unito, per un periodo di oltre 6 mesi, nel periodo dal 1980 al 1996?			
10. Si è sottoposta ad agopuntura, tatuaggi indelebili, piercing? Quando?			
11. E' venuta a contatto con sangue di altre persone negli ultimi 12 mesi?			
12. E' stata sottoposta a vaccinazione anti-rabbica negli ultimi 12 mesi?			
13. Ha avuto rapporti sessuali a rischio?			
14. Ha fatto uso di droghe pesanti (eroina, cocaina)? Specificare quando, tipo e quantità			
15. Ha fatto uso di droghe leggere? Specificare quando, tipo e quantità			
16. Il partner attuale o precedente ha fatto uso di droghe pesanti (eroina, cocaina)? Specificare quando, tipo e quantità			
17. Il partner attuale o precedente ha fatto uso di droghe leggere? Specificare quando, tipo e quantità			
18. E' mai stata seriamente ammalata? Specificare quando e tipo di malattia			



Applicare l'etichetta con  
barcode fornita dalla MICB (a  
cura di chi effettua la raccolta di  
sangue da cordone ombelicale)

	No	SI	Note
19. E' stata sottoposta a interventi chirurgici? Se SI, quando? Che tipo di intervento?			
20. E' stata sottoposta a trasfusioni? Se SI, quando? Che tipo di emocomponente?			
21. E' stata sottoposta a trapianto d'organo o tessuto? Quando?			
22. E' stata sottoposta a trattamento con ormone della crescita non ottenuto da DNA ricombinante?			
23. E' mai stata affetta da epatite A, B o C? Specificare quando e tipo			
24. E' mai stata affetta da AIDS? Positività per HIV?			
25. E' mai stata affetta da malattie a trasmissione sessuale quali sifilide, clamidia, herpes genitale, condilomatosi, linfogranuloma, altro? Specificare quando e quale malattia			
26. E' mai stata affetta da altre malattie infettive quali toxoplasmosi, brucellosi, mononucleosi, TBC, malaria, altro? Indicare quando e quale malattia			
27. E' mai stata affetta da malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o da demenza di origine sconosciuta?			
28. Il partner attuale o precedente è stato affetto o è portatore di una delle malattie elencate ai punti 23-27? Specificare quando e tipo di malattia			

2. Anamnesi paterna	No	SI	Note
<b>N. B. Rivolgere le domande direttamente al padre del neonato, se non è possibile rivolgere le domande alla madre</b>			
1. E' stato adottato?			
2. E' donatore di sangue?			
3. Se donatore di sangue, è stato sospeso dalla donazione? Perché?			
4. E' fumatore? Quante sigarette al giorno?			
5. Beve alcolici?			
6. Negli ultimi 3 anni è stata all'estero? Dove? Quando? Al ritorno ha avuto febbre o altri sintomi?			
7. Ha soggiornato nel Regno Unito, per un periodo di oltre 6 mesi, nel periodo dal 1980 al 1996?			
8. Si è sottoposto ad agopuntura, tatuaggi indelebili, piercing? Quando?			
9. E' venuto a contatto con sangue di altre persone negli ultimi 12 mesi?			
10. E' stato sottoposto a vaccinazione anti-rabbica negli ultimi 12 mesi?			
11. Ha avuto comportamenti sessuali a rischio?			
12. Ha fatto uso di droghe pesanti (eroina, cocaina)? Specificare quando, tipo e quantità			
13. Ha fatto uso di droghe leggere? Specificare quando, tipo e quantità			
14. Il partner attuale o precedente ha fatto uso di droghe pesanti (eroina, cocaina)? Specificare quando, tipo e quantità			
15. Il partner attuale o precedente ha fatto uso di droghe leggere? Specificare quando, tipo e quantità			
16. E' mai stato seriamente ammalato? Specificare quando e tipo di malattia			
17. E' stato sottoposto a interventi chirurgici? Se SI, quando? Quale?			
18. E' stato sottoposto a trasfusioni? Se SI, quando? quante?			
19. E' stato sottoposto a trapianto d'organo o tessuto? Quando?			
20. E' stato sottoposto a trattamento con ormone della crescita non ricombinante?			
21. E' mai stato affetto da epatite A, B o C? Quale? Quando?			
22. E' mai stato affetto da AIDS? Positività per HIV?			
23. E' mai stato affetto da malattie a trasmissione sessuale quali sifilide, clamidia, herpes genitale, condilomatosi, linfogranuloma, altro? Specificare quando e tipo			
24. E' mai stato affetto da altre malattie infettive quali toxoplasmosi, brucellosi, mononucleosi, TBC, malaria, altro? Indicare quando e tipo			
25. E' mai stato affetto da malattia di Creutzfeld-Jacob o da demenza di origine sconosciuta?			
26. Il partner attuale o precedente è stato affetto o è portatore di una delle malattie elencate ai punti 21-25? Specificare quando e tipo di malattia			

Domande rivolte direttamente al padre

Domande rivolte alla madre



Applicare l'etichetta con barcode  
fornita dalla MICB (a cura di chi  
effettua la raccolta di sangue da  
cordone ombelicale)

### 3. Anamnesi familiare

Se ad una delle seguenti domande viene risposto 'SI' indicare nel campo note la persona affetta da patologia. Considerare le seguenti categorie di parentela: madre del neonato, padre del neonato, nonni materni, nonni paterni, fratelli/sorelle del neonato, fratelli/sorelle della madre del neonato, fratelli/sorelle del padre del neonato.

Lei, il padre del neonato, o qualcuno dei vostri parenti è o è stato affetto da una delle 13 patologie di seguito elencate? Se SI, quando?	No	SI	Note
1. Malattie genetiche			
2. Malattie neoplastiche. Tumori cerebrali, del sistema nervoso, della pelle, del rene, altro. Leucemia, linfoma di Hodgkin, linfoma non Hodgkin, altro			
3. Malattie del sangue (globuli rossi). Talassemia (specificare se portatore di tratto talassemico), anemia di Fanconi, deficienza di G6PD, sferocitosi, sindrome di Diamond-Blackfan, altro			
4. Malattie del sangue (globuli bianchi). Malattia granulomatosa cronica, sindrome di Wiskott-Aldrich, altro			
5. Malattie del sangue (piastrine). Piastrinopenia, malattie della coagulazione, trombocitopenia, altro			
6. Immunodeficienze. SCID, ADA, ipoglobulinemia, altro			
7. Malattie metaboliche/da accumulo. Leucodistrofia, malattia di Gaucher, sindrome di Hurler, sindrome di Wolman, altro			
8. Malattie del sistema immunitario. LES, artrite reumatoide, HIV, AIDS, malattie autoimmuni, tiroidite autoimmune, sclerosi multipla, anemia emolitica, altro			
9. Malattie neurologiche. Malattia di Creutzfeld-Jacob, altro			
10. Altre malattie endocrine. Iperiparoidismo, ipotiparoidismo, sindrome di Cushing, sindrome di Conn, altro			
11. Diabete giovanile insulino-dipendente			
12. Diabete adulto non insulino-dipendente			
13. Altre malattie ereditarie?			

Dichiaro di essere stata informata sul significato delle domande e di essere consapevole che le informazioni fornite costituiscono un elemento fondamentale per la mia sicurezza e per quella del ricevente. Dichiaro inoltre di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti.

Data di compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma della madre del neonato \_\_\_\_\_

Padre presente  SI  NO  Se presente:

Dichiaro di essere stato informato sul significato delle domande e di essere consapevole che le informazioni fornite costituiscono un elemento fondamentale per sicurezza del ricevente. Dichiaro inoltre di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti.

Data di compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del padre del neonato \_\_\_\_\_

Informazioni raccolte da: Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Cognome Nome e Firma dell'eventuale mediatore culturale, se pertinente \_\_\_\_\_



UOC Centro Trasfusionale – Milano Cord Blood Bank  
Tel. 0255034087 – Fax 0255034050 – email: micb@policlinico.mi.it

VERIFICA: QMS  
APPROVAZIONE: RS

Applicare l'etichetta con barcode  
fornita dalla MICB (a cura di chi  
effettua la raccolta di sangue da  
cordone ombelicale)

4. Anamnesi ostetrica		No	SI	Note
1. Durante la gravidanza la madre è stata sottoposta a screening per epatite B, epatite C, HIV, sifilide? Se sì, indicare il risultato: negativo o positivo				
HBsAg Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	anti-HCV Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	anti-HIV Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	TPHA o VDRL Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	
2. La madre è stata sottoposta a screening per toxoplasma, CMV, rosolia, altro? Se sì, indicare il risultato del test: negativo o positivo, se positivo: specificare se				
	IgG	IgM		
Anti-Toxoplasma	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>		
Anti-CMV	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>		
Anti-Rosolia	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>		
Altro	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>		
3. E' stato eseguito il tampone vaginale per Streptococco <input type="checkbox"/> emolitico? Se sì, indicare il risultato: Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>				
4. Se tampone vaginale è risultato positivo per Streptococco $\beta$ emolitico, la madre è stata sottoposta a terapia antibiotica?				
5. Dopo la terapia antibiotica è stato eseguito un secondo tampone vaginale per Streptococco $\beta$ emolitico? Se sì, indicare il risultato: Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>				
6. La madre ha assunto farmaci durante la gravidanza? Se sì, quali?				
7. Durante la gravidanza sono sorte complicazioni?				
8. I controlli ecografici hanno rilevato qualche anomalia?				
9. Sono stati fatti test genetici da villi coriali/amniocentesi? Se sì, indicare il risultato				
10. La madre ha avuto aborti o figli nati morti o con idrope neonatale? Numero gravidanze precedenti = ____ Fecondazione: naturale <input type="checkbox"/> assistita <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>				
11. Sono state riscontrate patologie durante le gravidanze precedenti?				
12. La madre ha avuto febbre il giorno prima, durante, o dopo il parto (>38°C)?				
13. Sono stati somministrati farmaci durante il parto? Se sì, quali?				
14. Rottura di membrane? Se sì, indicare la durata in ore e minuti				
15. Presenza di meconio nel liquido amniotico?				
16. Settimane di gestazione = _____ Parto gemellare SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
17. Parto fisiologico <input type="checkbox"/> Parto distocico <input type="checkbox"/> Taglio cesareo <input type="checkbox"/>				
18. Peso placenta = _____ Anormalità placenta. Se SI, quale?				
19. E' stato effettuato il prelievo dai vasi placentari, dopo secondamento? Se SI, indicare la quantità raccolta: ml = _____				
20. Bimbo nato alle ore = _____ Raccolta effettuata alle ore = _____				

<b>Neonato:</b> Cognome _____	Nome _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato a _____	Il _____	Razza _____
I° APGAR = _____	II° APGAR = _____	Peso = _____
Data di compilazione ____/____/____		Firma della madre del neonato _____
Informazioni raccolte da: Cognome e Nome _____		N. braccialetto = _____
Qualifica _____		Firma _____
Cognome Nome e Firma dell'eventuale mediatore culturale, se pertinente _____		

#### 5. Ricontrollo sei mesi dopo il parto

**N.B. Controllare le informazioni raccolte alla nascita, apportare le eventuali variazioni, completare le parti non compilate**

	No	Non so	SI	Note
1. Le informazioni raccolte sono esatte?				
2. Il bambino ha sviluppato qualche patologia? Se SI, quale?				
Stato di salute del bambino _____				

**Allegare giudizio del pediatra o libretto attestante lo stato di salute del bimbo**

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma della madre del neonato \_\_\_\_\_

Informazioni raccolte da: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_