



Allegato B1 (VI 1/3 ago. 2024)

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PRE-ISCRIZIONE IBMDR

Le risposte che Lei fornirà sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione preliminare è finalizzata a proteggere Lei e il paziente che riceverà il Suo dono.

Cognome:..... Nome:..... Data di nascita:

Sesso: M F Altezza:.....cm. Peso:.....Kg.

BMI:..... (a cura del Centro reclutatore)

Area geografica di origine:

- Europa, Nord America (USA, Canada, Messico), Australia, Nuova Zelanda, Russia, Groenlandia, Islanda
- Asia
- Africa
- America centrale, Caraibi, Sud America
- Misto
- Non so rispondere

| Valutazione Generale e tutela del donatore | Risposta | |
|--|-----------------|----|
| 1. È attualmente in buona salute? | NO | SI |
| 2. Sta assumendo farmaci o sta facendo trattamenti sanitari? | NO | SI |
| Quali ?: Da quando ?: specificare | | |
| 3. Ha mai avuto un ricovero ospedaliero? | NO | SI |
| Quando?: Perchè?: specificare | | |
| 4. Ha mai sofferto di allergie che hanno causato sintomi gravi come shock anafilattico? | NO | SI |
| Allergia a cosa?: specificare | | |
| 5. Ha sofferto o soffre di malattie del sistema immunitario, tumori maligni, malattie ematologiche (come leucemia, linfoma, mieloma...), malattie genetiche dei globuli rossi (come falcemia, favismo, talassemia...), malattie degli occhi come il glaucoma? | NO | SI |
| Specificare la malattia: | | |
| 6. Ha sofferto o soffre di malattie delle ossa o delle articolazioni, malattie del sangue o della circolazione (trombosi venose, embolie, sanguinamento), malattie del cuore (es. disturbi del ritmo cardiaco o pressione arteriosa alta), malattie respiratorie, malattie delle vie digerenti o del fegato, malattie renali o delle vie urinarie, diabete, malattie neurologiche, malattie ginecologiche? | NO | SI |
| Specificare la malattia: | | |

| | | |
|--|----|-----------------|
| 7. Ha mai avuto attacchi epilettici o convulsioni? | NO | SI |
| Quando?: specificare | | |
| 8. Ha mai sofferto di attacchi di panico/stati d'ansia/depressione? | NO | SI |
| 9. Ha fatto psicoterapia o assunto farmaci antidepressivi/ansiolitici? | NO | SI |
| In quale circostanza?: Quando?: specificare | | |
| Patologie potenzialmente trasmissibili e tutela del ricevente | | Risposta |
| 10. Ha letto e compreso (allegato C) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie sessualmente trasmissibili ? | NO | SI |
| 11. Ha abitualmente comportamenti sessuali (rapporti sessuali con partner occasionali multipli) ad elevato rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili con il sangue? | NO | SI |
| 12. E' mai risultato positivo ai test per l'epatite A, B, C, E o per l'HIV? | NO | SI |
| Per quale test è risultato positivo?: specificare | | |
| 13. Assume sostanze stupefacenti? | NO | SI |
| Quali?: con quale frequenza?: specificare | | |
| 14. Assume abitualmente alcool? | NO | SI |
| Con quale frequenza?: e quantità?: specificare | | |
| 15. Le è mai stata diagnosticata una delle seguenti malattie infettive: Babesiosi, Malattia di Creutzfeldt-Jakob ("mucca pazza"), Leishmaniosi, Lebbra, infezione da Streptococco in atto o pregressa con esiti di cardiopatia o nefropatia, infezione da Tripanosoma malattia di Chagas, Ebola, virus Marburg, infezione da virus HTLV I/II (donatore o partner)? | NO | SI |
| Quale?: Quando?: specificare | | |
| 16. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti o cellule? | NO | SI |
| Quando?: per: specificare | | |
| 17. E' mai stato sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti (plasma o piastrine) o a somministrazione di emoderivati (albumina, immunoglobuline)? | NO | SI |
| Quando?: quante?: per quale motivo? specificare | | |
| 18. E' un donatore di sangue, plasma, piastrine? | NO | SI |
| 19. Le è mai stato detto che non poteva donare sangue? | NO | SI |
| Perché?: specificare | | |
| 20. Ha già donato in precedenza cellule staminali emopoietiche da sangue midollare o da sangue periferico per un suo familiare? | NO | SI |
| Quando?: Quali CSE (midollo/PBSC): specificare | | |
| Il ricevente è ancora in vita? NO SI | | |
| 21. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci? | NO | SI |
| specificare | | |
| Solo per le donatrici | | Risposta |
| 22. E' attualmente in gravidanza? | NO | SI |
| 23. Ha mai avuto gravidanze? | NO | SI |

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

| | | | |
|---|---------------------|-------------|----|
| Quante: ? | Quando l'ultima ? : | specificare | |
| 24. Ha mai avuto interruzioni di gravidanza? | | NO | SI |
| Quante: ? | Quando l'ultima ? : | specificare | |
| 25. Le interruzioni di gravidanza sono state legate a malattie? | | NO | SI |
| Quali: ? | | specificare | |

Il sottoscritto dichiara:

- di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra;
- di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione (Allegato C) e di non riconoscermi in nessuna delle condizioni descritte;
- di aver ottenuto informazioni sulle procedure di prelievo (Allegato A);
- di essere consapevole che potrei essere ricontattato dal personale sanitario per chiarimenti
- di sottoporsi volontariamente al prelievo di un campione biologico (sangue, saliva o cellule di sfaldamento della mucosa buccale) conscio che, in futuro, accertata la compatibilità con un paziente in attesa di trapianto di CSE, tra le varie indagini che verranno espletate, necessarie all'accertamento della mia idoneità alla donazione e alla tutela del ricevente, sono comprese quelle relative all'infezione da HIV.

In fede,

Data: (firma del donatore)

Dati di individuazione del sanitario che ha verificato il questionario di autovalutazione e l'identità del donatore:

Cognome e Nome: Profilo professionale:.....

Struttura/Associazione di appartenenza:.....

Presa visione delle risposte fornite, attesto che il donatore

presenta non presenta

condizioni di esclusione all'iscrizione IBMDR.

Eventuali note.....

.....

.....

L'identità del donatore è stata verificata in data:.....

Firma del sanitario:..... Data:.....