



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:		

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

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:.....