

## Elenco Unità di Sangue di Cordone/Campioni

**DA: Azienda Ospedaliera di Padova**

Clinica Ostetrica  
Via Giustiniani, 2  
35128 Padova  
Ostetrica Rosaria Ciullo – sala parto: 049-8213452

**A: Dott.ssa R. Destro**

**Banca del Sangue di Cordone di Padova**

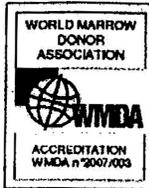
Clinica di Oncoematologia Pediatrica  
Via Giustiniani, 3  
35128 Padova  
Tel. 049-8211480

Per favore, registrare nello spazio sottostante l'identificativo di ogni unità (nome e cognome mamma, data del parto, n. del braccialetto del neonato) per ogni unità di sangue placentare inviata.

Nel caso di invio dei 2 campioni per sierologia per il ricontrollo, registrare solo il nome e cognome della mamma e la data del parto, specificando "Ricontrollo" a fianco del nome della mamma.

1 Nome e cognome mamma:	
1 Data del parto:	
1 N. braccialetto del neonato:	
2 Nome e cognome mamma:	
2 Data del parto:	
2 N. braccialetto del neonato:	
3 Nome e cognome mamma:	
3 Data del parto:	
3 N. braccialetto del neonato:	
4 Nome e cognome mamma:	
4 Data del parto:	
4 N. braccialetto del neonato:	
5 Nome e cognome mamma:	
5 Data del parto:	
5 N. braccialetto del neonato:	

n° : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



*Consenso alla raccolta  
di unità SCO  
per donazione allogenica  
a fini solidaristici*

Codice Identificativo dell'unità SCO assegnato dalla banca:.....

Io sottoscritta:.....  
 in qualità di madre, nata a: .....prov:..... il: .....  
 residente in Via ....., n..... Città.....  
 prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....  
 e-mail .....

Io sottoscritto .....

in qualità di padre, nato a: .....prov:..... il: .....  
 residente in Via ....., n..... Città.....  
 prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....  
 e-mail .....

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" (Allegato A-sco) e dopo essere stato/a informato/a:

- dichiaro di essere stata/o informata/o delle possibilità di impiego del sangue da cordone ombelicale;
- ho compreso le informazioni e ho potuto effettuare domande ed ottenere chiarimenti;
- ho compreso che il rifiuto alla raccolta non comporterà conseguenze per la qualità dell'assistenza;
- ho compreso che la procedura di raccolta del sangue da cordone ombelicale non comporta rischi per la madre e per il bimbo;
- ho compreso che la raccolta può essere effettuata sia dopo parto fisiologico sia dopo parto cesareo;
- ho compreso che l'unità, se idonea, verrà messa a disposizione dei pazienti nazionali ed internazionali che necessitano di trapianto;
- ho compreso che non trarrò alcun vantaggio o diritto dalla donazione;
- acconsento ad essere intervistata/o per la raccolta dell'anamnesi personale e familiare e, se necessario, ad essere ricontattata/o per fornire ulteriori informazioni;
- acconsento a sottopormi ad un prelievo di sangue venoso, sul quale verranno effettuati i test prescritti dalla legge per la sicurezza della donazione di sangue, **inclusi i test per HIV** e ad essere informata qualora venga evidenziata una positività sierologica (solo per la madre);
- acconsento a che un campione del mio sangue venga conservato dalla Banca ed utilizzato per test aggiuntivi qualora richiesti dal Centro Trapianti;
- acconsento a che i test siano eseguiti anche su un campione della sacca di sangue da cordone ombelicale;
- acconsento ad essere ricontattata/o per il controllo che deve essere effettuato dopo il parto per fornire informazioni sullo stato di salute del bambino;
- acconsento a comunicare alla Banca variazioni sullo stato di salute di mio figlio.

Data:..... Firma della Madre .....

Firma del Padre (se disponibile):.....

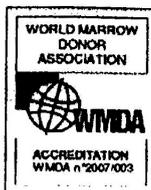
Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nome .....Qualifica.....  
 Reparto/Istituto .....Tel/ Fax .....

Data:..... Firma .....

**Form SCO101** (V1 2/3 feb. 2011)

n° : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



*Consenso*  
all'utilizzo per ricerca  
della unità SCO non idonea

\* lo sottoscritto: .....

in qualità di madre, nata a: ..... prov:..... il: .....

residente in Via ....., n..... Città.....

prov.....CAP..... telefono n..... cellulare n. ....

e-mail .....

lo sottoscritto .....

in qualità di padre, nato a: ..... prov:..... il: .....

residente in Via ....., n..... Città.....

prov.....CAP:..... telefono n..... cellulare n. ....

e-mail .....

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" (Allegato A-sco) e dopo essere stato/a informato/a che:

- il materiale biologico prelevato potrà essere conservato presso la Banca.....;
- il campione che non sia idoneo (o che perda l'idoneità) per la conservazione a fini terapeutici, potrà essere utilizzato, qualora io acconsenta, a scopo di ricerca;
- sarà garantita la tutela dei dati personali, nelle modalità previste dalla legge;
- l'eventuale partecipazione è volontaria;
- per ulteriori informazioni potrò rivolgermi al responsabile della banca cordonale:  
Dr. .... Tel.....

autorizzo     non autorizzo

l'eventuale utilizzo del materiale biologico per studi o ricerche scientifiche, negli ambiti indicati nella scheda informativa;

autorizzo     non autorizzo

l'eventuale trasferimento, a scopo di ricerca e in forma anonimizzata, del materiale biologico ad un Centro collegato alla Banca.

Data:..... Firma della Madre .....

Firma del Padre (se disponibile):.....

\*\* Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nome ..... Qualifica.....

Reparto/Istituto ..... Tel/ Fax .....

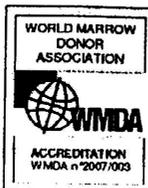
Data:..... Firma .....

\*qualora i dati siano uguali a quelli riportati nel consenso alla donazione, riportare solo nome e cognome della madre e del padre.

\*\*qualora il medico/operatore sanitario sia lo stesso che ha raccolto il consenso alla donazione riportare solo nome, cognome e firma.

*La donazione è anonima, volontaria e non retribuita*

n° : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



*Consenso informato  
- Trattamento  
dei dati personali-*

Nota informativa

Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", La informiamo che i dati personali Suoi e di Suo/a figlio/a saranno archiviati elettronicamente. Tali dati sono indispensabili per la conservazione del materiale biologico e per l'inserimento nel registro dei campioni biologici disponibili.

Le uniche persone che potranno accedere, in caso di necessità, ai dati, sono (nome):

Nessun dato personale o sensibile sarà trasferito a terzi.

Consenso

\* lo sottoscritto:.....  
 in qualità di madre, nata a: ..... prov:..... il: .....  
 residente in Via ....., n..... Città.....  
 prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....  
 e-mail .....

lo sottoscritto .....  
 in qualità di padre, nato a: ..... prov:..... il: .....  
 residente in Via ....., n..... Città.....  
 prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....  
 e-mail .....

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

autorizzo  non autorizzo

il trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano me stessa/o e mio/a figlio/a.

Data:..... Firma della Madre .....

Firma del Padre (se disponibile):.....

\*\* Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:  
 Cognome e nome ..... Qualifica.....  
 Reparto/Istituto ..... Tel/ Fax .....

Data:..... Firma .....

\*qualora i dati siano uguali a quelli riportati nel consenso alla donazione, riportare solo nome e cognome della madre e del padre.

\*\*qualora il medico/operatore sanitario sia lo stesso che ha raccolto il consenso alla donazione riportare solo nome, cognome e firma.

## BANCA DI SANGUE DI CORDONE DI PADOVA

### SCHEDA DI SELEZIONE ANAMNESTICA

Madre del donatore: Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Padre del donatore: Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Professione madre \_\_\_\_\_ Professione padre \_\_\_\_\_  
N. telefonico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_  
C.F.: \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno della madre \_\_\_\_\_

#### 1) ANAMNESI FAMILIARE

- a) **Le informazioni anamnestiche su partner e genitori di entrambi sono disponibili?**  
NO: Escludere dalla donazione. SI: Proseguire nel questionario
- b) **Nazione o regione italiana di origine dei genitori:**  
DONATRICE: ..... PARTNER: .....  
(Se nazione/regione a rischio per malattie infettive endemiche o emoglobinopatie o altre malattie ereditarie prestare particolare attenzione nella compilazione dell'anamnesi.)
- c) **La donatrice ed il partner sono consanguinei (fino ai cugini di I grado)?** SI  NO   
SI: Escludere dalla donazione. NO: Proseguire nel questionario
- d) **I genitori della donatrice o del partner sono consanguinei?** SI  NO   
(Se SI eseguire con attenzione anamnesi per malattie ereditarie)

#### 2) FAMIGLIA MATERNA

- Sono note malattie ereditarie o patologie particolari?** SI  NO  Se SI quali?
- del Sangue: (talassemia, anemia falciforme, sferocitosi, favismo, piastrinopatie, ...).
  - Immunitarie: (deficit immunitari, SCID, ADA, ...).
  - Autoimmuni: (lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, anemia emolitica, piastrinopenia autoimmune, psoriasi con artropatie, sclerosi multipla, diabete infantile, tiroidite autoimmune.....).
  - Metaboliche: (malattie di Gaucher, mucopolisaccaridosi, ...)
- (Specificare) .....

#### 3) FAMIGLIA PATERNA (le notizie sono riferite da .....)

- Sono note malattie ereditarie o altre patologie?** SI  NO  Se SI quali?  
(Specificare, utilizzando come riferimento l'elenco di patologie riportato al paragrafo 2):  
.....

#### 4) ANAMNESI MATERNA E PATERNA

- SI NO
- Avete mai fatto uso di stupefacenti? ...**  
Se endovenosi o uso continuativo escludere dalla donazione.
- Fate uso di steroidi od ormoni non sintetici?** Se SI escludere se nell'ultimo anno.
- Siete stati sottoposti ad agopuntura non con materiale sterile monouso?**  
Se SI, escludere se negli ultimi 4 mesi.
- Vi siete sottoposti a trapianto di organi/tessuti?** Se SI escludere.
- Avete mai ricevuto trasfusioni di sangue/emoderivati (plasma, concentrati piastrinici, immunoprofilassi con gammaglobuline)?** Se SI, escludere se entro 1 anno o se nel Regno Unito dopo il 1980.
- Vi siete sottoposti a tatuaggi o piercing negli ultimi 4 mesi?** Se SI, escludere
- Ha avuto aborti o altre gravidanze in precedenza?**
- Ha effettuato viaggi in zone endemiche per malattie tropicali?**  
Se SI, escludere se negli ultimi 6 mesi.

- Si è sottoposta a profilassi antimalarica nei 6 mesi prima del concepimento?**  
Se SI, escludere.
- Ha vissuto in zona malarica nei primi 5 anni di vita o per 5 anni consecutivi ?**  
Escludere se non rientrata da almeno 3 anni dall'ultima visita in luoghi endemici e asintomatica.
- Ha soggiornato nel Regno Unito per un periodo cumulativo superiore ai sei mesi dal 1980 al 1996? Se SI escludere.**

**È stata mai affetta o è attualmente portatrice di una delle seguenti malattie?**

Se SI, valutare in base alla IO01RAC (\*) patologie accettabili se solo uno dei due partner è portatore).

SI NO

- Malattie veneree** (Es: sifilide, gonorrea, HPV)
- Infezioni da HIV (AIDS)**
- Epatite B** (HbsAg; antigene Australia)
- Epatite C**
- Altre malattie infettive** .....
- Malattie/disfunzioni della tiroide** (a meno di assenza documentata di autoanticorpi)
- Diabete infantile**
- Malattie del sangue** (talassemie\*, anemia falciforme\*, sferocitosi, favismo, piastrinopatie)
- Malattie del sistema immunitario** (eccetto la malattia celiaca)
- Neoplasie** (eccetto cancro in situ trattato chirurgicamente con guarigione completa)
- Malattie metaboliche** (malattie di Gaucher, Mucopolisaccaridosi, ...)

**Il suo PARTNER è affetto o portatore di una delle condizioni su indicate?**

- Se SI, specificare quali e valutare in base alla IO01RAC .....
- Lei o il suo partner avete avuto comportamenti sessuali a rischio per malattie a trasmissione sessuale?** (Se SI, escludere dalla donazione)

**5) INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GRAVIDANZA**

**La fecondazione è stata:** naturale  assistita

SI NO

- La gravidanza ha avuto decorso regolare?**  
Se NO specificare .....
- Ha assunto farmaci particolari (escludendo integratori, ecc.)/è stata sottoposta a vaccinazioni durante la gravidanza?** (Se SI, valutare in base alla IO01RAC)
- E' affetta da diabete gestazionale ?** Se SI, escludere se insulino dipendente
- E' stato effettuato il tampone vaginale in gravidanza?**  
Escludere se positivo non trattato con terapia (eccetto streptococco B emolitico)

**Quali esami per lo screening infettivologico ha eseguito durante la gravidanza?**

.....

SI NO

- Il ginecologo ha confermato che il risultato degli esami eseguiti è normale?**  
Se NO specificare .....
- Sono comparse o si sono ripresentate malattie infettive?** (Es. toxo, CMV, rosolia, varicella) Se SI, quali ed escludere dalla donazione .....
- Ha eseguito esami per lo studio del cariotipo del nascituro o per altri motivi (villi coriali, amniocentesi)?** (escludere se esito non normale ) .....
- Le ecografie di controllo hanno evidenziato anomalie strutturali del feto?**  
Se SI, quali ed escludere dalla donazione.....

**Il Referente**

Qualifica: .....

Nome : .....

Firma:.....

Data ...../...../.....

**La Madre del donatore**

Sig.ra .....

TIMBRO CENTRO RACCOLTA

**BANCA DI SANGUE DI CORDONE DI PADOVA**

DATI DELLA MADRE
COGNOME NOME madre: .....
DATA NASCITA madre: .....

DATI DEL NEONATO	OSSERVAZIONI ALLA NASCITA
Cognome .....	Settimane di gestazione (> 37 settim).....
Nome .....	Ora prelievo .....
Centro Raccolta .....	<input type="checkbox"/> Parto fisiologico <input type="checkbox"/> Taglio cesareo
Data nascita.....	Peso placenta (g.) .....
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Rottura di membrane > 12 ore
Peso                      APGAR	Presenza di meconio nel liquido amniotico
N. braccialetto .....	Lieve <input type="checkbox"/> (Se moderata/severa non raccogliere)

Anomalie del neonato alla nascita .....

Complicanze al parto/Reazioni avverse     SI     NO

Specificare .....

.....

.....

.....

.....

Risoluzione dell'evento avverso     SI     NO

Specificare .....

.....

.....

Operatore di raccolta Qualifica: .....

Nome: .....      Firma: .....

In stampatello