



*Allegato B - SCO* (v4 1/15 lug. 2020)

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

**DONAZIONE SCO ALLOGENICA SOLIDARISTICA**

**PARTE – A - VALUTAZIONE DELLA SALUTE DELLA MADRE DEL NEONATO**

**Madre del neonato**

Cognome:..... Nome:.....

Luogo di nascita:.....Data di nascita: .....

Etnia: .....

Occupazione / professione .....

Residente a:.....Via:..... n°..... CAP:.....

Telefono: .....Cellulare:.....

e-mail .....

Epoca presunta del parto..... settimana di gestazione .....

**Anamnesi materna generale**

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

informazioni		Risposta	
1. È attualmente in buona salute?		NO	SI
2. Sta facendo terapie farmacologiche per propria decisione, per prescrizione medica o assume sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati al di fuori della distribuzione autorizzata in particolare durante questa gravidanza?		NO	SI
<b>Per cosa ?</b>	<b>Da quando ?</b>	<b>specificare</b>	
3. E' mai stata ricoverata in ospedale? Per quali malattie?		NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>	
4. Le sono mai state diagnosticate malattie genetiche o malattie congenite?		NO	SI
		<b>specificare</b>	

5. Ha sofferto o soffre di malattie auto-immuni (in particolare di tiroidite autoimmune, come la Tiroidite di Hashimoto o il Morbo di Basedow)?	NO	SI
<b>specificare</b>		
6. Ha sofferto o soffre di malattie reumatologiche (come il Lupus eritematoso sistemico), in particolare di malattia reumatica?	NO	SI
<b>Per cosa ?</b>	<b>Da quando ?</b>	<b>specificare</b>
7. Ha mai avuto problemi circolatori (per esempio trombosi), problemi cardiaci, o dolore toracico legato a problemi cardiaci conseguenti a febbre reumatica?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
8. Ha mai avuto problemi di ipertensione o è in cura dal suo medico per l'ipertensione? Non consideri in questo caso la gestosi gravidica o l'eclampsia.	NO	SI
<b>specificare</b>		
9. Ha mai avuto problemi di coagulazione, in particolare le è mai stata diagnosticata una forma di emofilia o altro difetto della coagulazione del sangue?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
10. Ha mai avuto malattie ematologiche, per esempio alterazioni a carico di globuli bianchi, di piastrine, di globuli rossi, che abbiano richiesto approfondimenti specialistici da un ematologo?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
11. Le è mai stata diagnosticata l'anemia mediterranea, o altra forma di anemia congenita o ereditaria, per esempio dovuta a talassemia, anemia falciforme, favismo o ad altro deficit di enzimi dei globuli rossi?	NO	SI
<b>Quale? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
12. Ha mai avuto in passato tumori benigni o maligni? In particolare è mai stata sottoposta a radioterapia o a trattamento con chemioterapici o antitumorali?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
13. Ha mai avuto problemi delle vie respiratorie, bronchiti o broncopneumoniti gravi?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
14. Ha mai avuto problemi delle vie digerenti, o malattie del fegato, come l'epatite? O ancora malattie metaboliche, come il diabete? Non consideri in questo caso il diabete gestazionale.	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
15. Ha mai avuto malattie endocrine, per esempio problemi alla tiroide, all'ipofisi o al surrene?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>

16. Ha mai avuto malattie delle vie urinarie o problemi renali? In particolare le è mai stato diagnosticato il rene policistico?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
17. Ha mai avuto problemi ginecologici, indipendentemente dalla gravidanza, per esempio cisti ovariche, ovaio policistico o altro?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
18. Ha mai avuto problemi dermatologici come psoriasi, pemfigo o altre dermatosi?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
19. Soffre di allergia a cibi, medicinali, pollini o altre sostanze (es. lattice)? Specifichi in particolare, nel caso abbia allergia a farmaci, se è stata esposta a questi farmaci negli ultimi 12 mesi	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
20. Ha mai sofferto di malattie neurologiche, come l'epilessia o la sclerosi multipla?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
21. Soffre o ha sofferto di stati depressivi? Ha assunto o sta assumendo farmaci per la depressione?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
22. Ha mai sofferto di febbri di natura ignota?	NO	SI
23. Ha mai notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?	NO	SI
24. Ha mai sofferto di una delle seguenti malattie infettive: Tubercolosi - Babesiosi - Lebbra - Kala Azar (Leishmaniosi viscerale) - Tripanosoma Cruzi (Malattia di Chagas) – Sifilide, peste, filariasi, leptospirosi?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
25. Ha mai sofferto di una delle seguenti malattie infettive: Glomerulonefrite - Brucellosi - Osteomielite – Malattia di Lyme? - Febbre Q o Febbre delle montagne rocciose? E' mai stata punta da zecche?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
26. Ha mai avuto l'epatite? E' mai risultata positiva per l'Epatite A, B, C, E o per l'HIV?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
27. Le è capitato di soggiornare nel Regno Unito fra il 1980 e il 1996? Ha ricevuto trasfusioni di sangue o ha subito interventi chirurgici nel Regno Unito nel medesimo periodo?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
28. E' mai stata sottoposta ad interventi neurochirurgici (in particolare con trapianto di dura madre) o a trapianto di cornea?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>



42. Ha mai avuto rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie? In particolare ha mai avuto rapporti sessuali con partner che fossero positivi per l'epatite B, l'epatite C o L'AIDS, o che facessero uso di stupefacenti o ne avessero fatto uso in passato?	NO	SI
<b>specificare</b>		
43. Ha mai avuto in passato rapporti sessuali in cambio di denaro o di stupefacenti? Ha mai avuto rapporti sessuali con persone che a loro volta avevano rapporti sessuali in cambio di droga e/o denaro?	NO	SI
<b>specificare</b>		
44. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a sostanze tossiche, come cianuro, oro, amianto, piombo, mercurio, pesticidi? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio mascherine, guanti, occhiali protettivi..)? Era sotto controllo medico?	NO	SI
<b>specificare</b>		
45. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a prodotti potenzialmente infetti, o a materiale biologico umano o animale? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio mascherine, guanti, occhiali protettivi..)? Era sotto controllo medico?	NO	SI
<b>specificare</b>		
46. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a radiazioni? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio grembiuli protettivi..)? Era sotto controllo medico?	NO	SI
<b>specificare</b>		
47. Ha effettuato vaccinazioni recentemente? Specifichi in particolare se è stata sottoposta a vaccinazione antirabbica nell'ultimo anno	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
48. Ha effettuato viaggi all'estero recentemente? In particolare ha soggiornato in zone a rischio di malaria per periodi superiori a 6 mesi?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
49. Ha mai avuto la malaria o altre malattie tropicali?	NO	SI
<b>Quali? :</b>	<b>Quando?</b>	<b>specificare</b>
50. E' o è stata donatrice di sangue, plasmaferesi o piastrinoafèresi?	NO	SI
<b>Presso quale centro? :</b>	<b>ultima donazione?</b>	
51. Le è mai stato detto che non può essere donatrice sangue?	NO	SI
<b>Per quali ragioni?</b>	<b>specificare</b>	
52. E' già stata in precedenza donatrice di sangue del cordone ombelicale?	NO	SI
<b>Presso quale Banca? :</b>	<b>Quando?</b>	

53. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
<b>specificare</b>		
<b>Anamnesi familiare materna</b>		
<p>Le chiediamo di fornirci più informazioni possibili relative alla salute di fratelli e sorelle, se ne ha, dei suoi genitori, degli zii materni e paterni, dei cugini e dei nonni materni e paterni. E' importanti per noi capire se esistono nella famiglia casi di malattie genetiche, congenite, immunologiche, tumorali, malformazioni, ritardi mentali, malattie rare, o altro, che possano essere trasmesse con le cellule staminali. In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.</p> <p>Nel caso non sia a conoscenza di alcune informazioni, la preghiamo di segnalarlo: la valutazione finale terrà conto anche di eventuali notizie fornite in modo parziale</p>		
<b>Informazioni</b>	<b>Risposta</b>	
54. I suoi genitori sono genitori naturali?	NO	SI
55. E' stata adottata?	NO	SI
56. Da dove proviene la sua famiglia?		
<b>specificare</b>		
57. Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella del padre del bambino o tra i vostri genitori, nonni naturali del nascituro?	NO	SI
<b>Grado di parentela:</b> _____ <b>Tra chi?:</b> _____ <b>specificare</b> _____		
58. In famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche come anemia mediterranea (talassemia), anemia falciforme, anemie congenite (come anemia di Fanconi o anemia di Blackan Diamond), favismo, altre malattie dei globuli rossi, o altre malattie rare?	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____ <b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____		
59. Nella sua famiglia vi sono stati casi di altre malattie genetiche o ereditarie o malattie immunologiche?	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____ <b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____		
60. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali?	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____ <b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____		
61. In famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche legate alla coagulazione?	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____ <b>Grado di parentela della persona affetta:</b> _____ <b>patologia:</b> _____		

62. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
63. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie tumorali?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
64. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattia di Creuzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
65. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone affette da epatite B o epatite C o HIV, con le quali siete stato a stretto contatto (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: <span style="float: right;">patologia:</span>		
Quando o fino a quanto tempo fa?		
66. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)?	NO	SI
Quando o fino a quanto tempo fa?:		
67. Avete altri bambini?	NO	SI
68. Sono in buona salute?	NO	SI
69. Qualcuno dei vostri figli soffre o ha sofferto di malattie neurologiche, genetiche, congenite, ereditarie, oncoematologiche, tumorali?	NO	SI
Patologia:		
70. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua famiglia che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
<b>specificare</b>		

### Informazioni relative a precedenti gravidanze

Le informazioni che le chiediamo sono molto importanti per capire se si è verificato qualche evento in passato che potrebbe meritare un approfondimento, ai fini della donazione del sangue cordonale

Informazioni	Risposta	
71. Ha avuto gravidanze precedenti?	NO	SI
Data del parto	parto fisiologico o Taglio Cesareo?	
Data del parto	parto fisiologico o Taglio Cesareo?	
Data del parto	parto fisiologico o Taglio Cesareo?	
Data del parto specificare	parto fisiologico o Taglio Cesareo?	
72. Se ha avuto gravidanze precedenti, ci sono stati problemi a carico del bambino durante la gravidanza o alla nascita?	NO	SI
specificare		
73. Ha avuto aborti o interruzioni di gravidanza in precedenza? In particolare ha avuto 4 o più episodi di aborto o interruzione di gravidanza?	NO	SI
specificare		
74. Se ha avuto aborti o interruzioni di gravidanza in precedenza, era stato eseguito esame istologico, o era stato possibile capire se esistevano problemi fetali (per esempio alterazione dei cromosomi, mola vescicolare)?	NO	SI
specificare		
75. Vi è qualsiasi altra informazione relativa a precedenti gravidanze che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
specificare		

Io sottoscritta dichiaro di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra, e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.

Firma della madre:..... Data .....

Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche

Nome e cognome..... Qualifica .....

Firma ..... Data .....



## PARTE – B - VALUTAZIONE DELLA SALUTE DEL PADRE DEL NEONATO

### Padre del neonato

Cognome:..... Nome:.....

Luogo di nascita:.....Data di nascita: .....

Etnia: .....

Occupazione / professione .....

Consanguineità con la madre donatrice: .....

Telefono: / e-mail .....

### Anamnesi paterna

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

Tali informazioni possono essere riportate anche dalla madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario risponda “NON SO”), nel caso il padre non sia presente.

***In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.***

Informazioni		Risposta		
Informazioni ottenute da (specificare):	..... padre del neonato	..... madre del neonato		
76. È attualmente in buona salute?		NON SO	NO	SI
specificare				
77. Ha sofferto o soffre di una delle seguenti malattie: malattie gravi, autoimmunitarie o reumatologiche, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale (per esempio morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa ...), malattie renali (come il rene policistico), osteo-articolare, tubercolosi, diabete, malattie neurologiche (come attacchi epilettici, sclerosi multipla..), malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive particolari (oltre alle comuni malattie dei bambini), ittero e/o epatite, malattie tropicali?		NON SO	NO	SI
Quali ?	Da quando ?	specificare		
78. Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?		NON SO	NO	SI
Per cosa ?	Da quando ?	specificare		
79. E' mai stato ricoverato in ospedale? Per quali malattie?		NON SO	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare		
80. Le sono mai state diagnosticate malattie genetiche o malattie congenite?		NON SO	NO	SI
specificare				



## Anamnesi familiare paterna

Le chiediamo di fornirci più informazioni possibili relative alla salute di fratelli e sorelle, se ne ha, dei suoi genitori, degli zii materni e paterni, dei cugini e dei nonni materni e paterni. E' importante per noi capire se esistono nella famiglia casi di malattie genetiche, congenite, immunologiche, tumorali, malformazioni, ritardi mentali, malattie rare, o altro, che possano essere trasmesse con le cellule staminali. In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.

Tali informazioni possono essere riportate anche dalla madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario risponda "NON SO"), nel caso il padre non sia presente.

### Informazioni

Informazioni ottenute da (specificare):	.....padre del neonato	..... madre del neonato	<b>Risposta</b>		
91. I suoi genitori sono genitori naturali?			NON SO	NO	SI
92. E' stato adottato?			NON SO	NO	SI
93. Da dove proviene la sua famiglia?			<b>specificare</b>		
94. Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella della madre del bambino o tra vostri genitori, nonni naturali del nascituro?			NON SO	NO	SI
<b>Grado di parentela:</b>	<b>Tra chi?:</b>	<b>specificare</b>			
95. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche come anemia mediterranea (talassemia), anemia falciforme, anemie congenite (come anemia di Fanconi o anemia di Blackfan Diamond), favismo, altre malattie dei globuli rossi, o altre malattie rare?			NON SO	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b>	<b>patologia:</b>				
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b>	<b>patologia:</b>				
96. Nella sua famiglia vi sono stati casi di altre malattie genetiche o ereditarie o malattie immunologiche?			NON SO	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b>	<b>patologia:</b>				
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b>	<b>patologia:</b>				
97. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali?			NON SO	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b>	<b>patologia:</b>				
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b>	<b>patologia:</b>				
98. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche legate alla coagulazione?			NON SO	NO	SI
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b>	<b>patologia:</b>				
<b>Grado di parentela della persona affetta:</b>	<b>patologia:</b>				

99. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie ?	NON SO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
100. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie tumorali?	NON SO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
101. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?	NON SO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
102. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone affette da epatite B o epatite C o HIV, con le quali siete stato a stretto contatto (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)?	NON SO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Quando o fino a quanto tempo fa?			
103. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)?	NON SO	NO	SI
Quando o fino a quanto tempo fa?:			
104. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NON SO	NO	SI
specificare			

Dichiaro: di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.

Firma del padre (se presente):..... Data .....

Firma della madre (se ha compilato il documento):.....

Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche

Nome e cognome..... Qualifica .....

Firma ..... Data .....



116. Le è capitato nelle ultime settimane di essere esposta a bambini o adulti affetti da malattie esantematiche (come la rosolia, la varicella, il morbillo...) o contagiose, che lei in passato non aveva avuto? O è stata a contatto con persone che nei giorni successivi abbiano manifestato una malattia esantematica o una malattia contagiosa?	NO	SI
Quali? : <span style="float:right">Quando? <span style="float:right">specificare</span></span>		
117. In particolare durante questa gravidanza ha contratto una delle seguenti malattie: Rosolia, Parotite, Toxoplasmosi, Varicella, Mononucleosi Infettiva, malattia da Citomegalovirus, Malattia di Lyme?	NO	SI
Quali? : <span style="float:right">Quando? <span style="float:right">specificare</span></span>		
118. Durante questa gravidanza è stata riscontrata la presenza di HPV (Papilloma virus), di condilomi o di altre infezioni (come Herpes genitalis, clamidia, linfogranuloma venereo, micoplasma genitalis) ?	NO	SI
Quali? : <span style="float:right">Quando? <span style="float:right">specificare</span></span>		
119. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha ricevuto una diagnosi di infezione da Zika virus?	NO	SI
specificare		
120. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha soggiornato o viaggiato in area a rischio per la presenza di infezione da Zika virus?	NO	SI
specificare		
121. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha avuto un contatto sessuale con persona che ha ricevuto una diagnosi di infezione da Zika virus nei 3 mesi precedenti?	NO	SI
specificare		
122. In qualsiasi periodo della gravidanza, ha avuto un contatto sessuale con persona che ha soggiornato o viaggiato in area a rischio per la presenza di infezione da Zika virus nei 3 mesi precedenti?	NO	SI
specificare		
123. Vi è qualsiasi altra informazione relativa a questa gravidanza che ritiene importante segnalarci?	NO	SI
specificare		

Si dichiara: di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra	
Firma della madre .....	Data .....
Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche	
Nome e cognome.....	Qualifica .....
Firma .....	Data .....

**PARTE – D - GIUDIZIO FINALE DI ELEGGIBILITÀ/NON ELEGGIBILITA'**

Presa visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico e del consenso informato rilasciato dalla madre donatrice/dalla coppia, dichiaro

**l' idoneità**

**l' inidoneità**

alla donazione di SCO allogenico solidaristica, in accordo ai criteri di eleggibilità previsti dalla normativa italiana vigente,

Nome e cognome del personale medico.....

Qualifica ..... Struttura di appartenenza :.....

**Timbro**

Data:                      Firma (del medico): .....