

Mamma - Donatrice

Cognome _____ **Nome** _____

In merito alla possibilità di prevenire la trasmissione, mediante trasfusione di emocomponenti, di patologie acquisite in seguito a viaggi in zone a rischio, specificare eventuali viaggi / soggiorni (anche per una sola notte) effettuati durante il periodo gestazionale:

PAESI ESTERI

_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____
_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____
_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____
_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____
_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____

Eventuale sintomatologia : NO

SI Specificare _____

ITALIA (specificare Regione e Provincia)

_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____
_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____
_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____
_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____
_____ Data ___ / ___ / ___ Specificare il periodo _____

Eventuale sintomatologia : NO

SI Specificare _____

Informazioni raccolte da: Cognome e Nome _____

Qualifica _____ Firma _____

Data di compilazione ___ / ___ / ___ Firma della madre del neonato _____