

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Goetano Pini-CTO</p> <p>Regione Lombardia ASST Goetano Pini</p> <p>Banca Regionale Tessuto Muscolo-Scheletrico</p>	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 2
ANAMNESI DEL DONATORE VIVENTE		P04_A0154_BTMS_Ps001_Mod003 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps001	

CENTRO PRELIEVO : _____

DONATORE: Cognome _____ Nome _____ Sesso _____

*Nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

Residente a _____

Reparto _____ Medico curante _____

***Riportare il luogo di nascita obbligatoriamente per la registrazione in Banca TMS**

CRITERI DI ESCLUSIONE :

La risposta **affermativa** anche ad **una** sola domanda comporta **l'automatica esclusione** del donatore (eccetto n° 23)

1	Età del donatore superiore a 70 anni	SI	NO
2	E' mai stato affetto o è affetto da tumore maligno?	SI	NO
3	E' affetto da diabete insulino- dipendente?(solo se in terapia con insulina di origine umana)	SI	NO
4	E' affetto da emofilia e sottoposto ad infusione di fattori della coagulazione di origine umana?	SI	NO
5	E' affetto da sindrome di Reye, Down, Marfan, Noonan?	SI	NO
6	E' affetto da malattia ad etiologia sconosciuta?	SI	NO
7	E' stato affetto da polmonite nei tre mesi precedenti la donazione?	SI	NO
8	Negli ultimi due anni è stato affetto da: Brucellosi Negli ultimi tre anni è stato affetto da : Malaria	SI SI	NO NO
9	E' mai stato affetto da mielodisplasia, policitemia vera, gammopatie monoclonali, MGUS, leucemia, linfoma, mieloma multiplo, trombocitemia essenziale ?	SI	NO
10	E' mai stato affetto da malattie del sistema immunitario (es. LES, artrite reumatoide, psoriasi, malattie del connettivo)?	SI	NO
11	E' mai stato affetto da Tuberculosis?	SI	NO
12	E' mai stato affetto da SARS, o ha avuto contatto con malati o ha soggiornato in aree epidemiche?	SI	NO
13	E' mai stato affetto da sifilide, gonorrea, altre affezioni veneree dell'apparato genitale?	SI	NO
14	E' mai stato affetto da malattie neurologiche o psichiatriche quali: (barrare l'eventuale scelta) encefalite, meningite, morbo di Parkinson, Alzheimer o altre forme di demenza, sclerosi multipla, epilessia, poliomielite, sclerosi laterale amiotrofica, leucoencefalite multifocale progressiva, sindrome di Guillan -Barrè, panencefalite subacuta sclerosante, Corea, rabbia.	SI	NO
15	E' mai stato affetto o ha un familiare affetto da malattia di Creutzfeldt - Jakob o sua variante?	SI	NO
16	Ha in atto sepsi (batterica, virale, fungina, parassitaria) od infezioni locali del tessuto destinato alla donazione ?	SI	NO
17	Esiste storia, evidenza clinica o di laboratorio di infezioni in atto da HIV, HBV o HCV, ittero ad etiologia sconosciuta, o cirrosi epatica?	SI	NO
18	Ha mai ricevuto un trapianto di organo o tessuto (vasi, cute, valvole cardiache, osso, tendini, cornea, dura madre) ,o cellule o sottoposto a xenotrapianto (trapianto da animale)?	SI	NO
19	E' mai stato sottoposto a dialisi per insufficienza renale cronica?	SI	NO
20	Tra il 1980 e il 1996 è stato sottoposto ad intervento chirurgico, trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna o vi ha soggiornato per più di sei mesi consecutivi?	SI	NO
21	Ha mai sofferto di malattie tropicali? (lebbra, febbre gialla, colera, morbo di chagas, peste, tifo)	SI	NO
22	Negli ultimi 3 anni ha compiuto viaggi o ha soggiornato all'estero nelle zone tropicali, estremo oriente, africa tropicale ed equatoriale, centro America, Brasile, America tropicale ed equatoriale?	SI	NO
	Se sì, è stato sottoposto a vaccinazione e/o ha assunto trattamento profilattico per malattie endemiche (HIV, HTLV, zone di disastri ambientali) nella zona visitata?	SI	NO
	Durante il viaggio o nell'anno successivo al suo ritorno ha avuto problemi di salute?	SI	NO
23**	Ha soggiornato (almeno per una notte) negli ultimi 28 giorni precedenti la donazione all'estero o in una provincia italiana diversa da quella di residenza? Se sì, Dove?.....	SI	NO

	MODULO	Rev. 0	Pag. 2 di 2
	ANAMNESI DEL DONATORE VIVENTE	P04_A0154_BTMS_Ps001_Mod003 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps001	

24	E' mai stato ricoverato in ospedale negli ultimi quattro mesi ?	SI	NO
25	Negli ultimi quattro mesi ha mai subito cure dentali maggiori? (interventi di ricostruzione e implantologia)	SI	NO
26	Negli ultimi quattro mesi ha mai subito interventi chirurgici o procedure diagnostiche invasive (gastroscopia, colonscopia, safenectomia)?	SI	NO
27	Per lavoro o per hobby è o è stato in contatto con sostanze tossiche che possono essere trasmesse in dose nociva (es cianuro, mercurio, oro piombo, amianto, pesticidi, e cc.)?	SI	NO
28	Negli ultimi 6 mesi ha notato forte (> 5 Kg/mese) perdita di peso non per dieta?	SI	NO

Anamnesi farmacologica- terapia- vaccinazioni

(La risposta affermativa anche ad una domanda comporta **L'AUTOMATICA ESCLUSIONE DEL DONATORE**)

1	Ha mai assunto cortisone o farmaci equivalenti per sei mesi consecutivi antecedenti alla donazione?	SI	NO
2	Fa uso di sostanze stupefacenti per via inalativa e/o iniettiva?	SI	NO
3	Ha mai assunto ormone della crescita, ormone gonadotropo, estratti ipofisari?	SI	NO
4	E mai stato sottoposto a trattamento con radioterapia o chemioterapia?	SI	NO
5	E' mai stato in trattamento con terapia immunosoppressiva?	SI	NO
6	Negli ultimi quattro mesi ha ricevuto trasfusioni di sangue?	SI	NO
7	Negli ultimi quattro mesi ha assunto concentrati di fattori della coagulazione (emoderivati es:concentrati di fattori della coagulazione di origine umana) ?	SI	NO
8	Nell'ultimo mese è stato sottoposto a vaccinazioni (antinfluenzale, morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e vaiolo) o immunoglobuline?	SI	NO
9	Negli ultimi dodici mesi è stato vaccinato contro la rabbia?	SI	NO

Riportare la terapia farmacologica attuale del donatore: _____

Segnalazioni:

1	Presenza eventuali mezzi di sintesi presenti o rimossi in interventi pregressi sul tessuto prelevato	SI	NO
2	Presenza eventuali alterazioni del tessuto muscolo-scheletrico prelevato (Necrosi,geodi, etc...)	SI	NO
3	Presenza di segnalazioni derivanti dall'osservazione del paziente (segni di infezione,patologie cutanee, morsi di animali ,altri segni di potenziale rischio)	SI	NO

Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili? **SI** **NO**

Donatore: Cognome _____ Nome _____ Nato il ___/___/___

Valutazione condizioni generali del donatore _____

(es: instabilità mentale, ittero, debilitazione, esame obiettivo)

****In caso di risposta affermativa compilare il luogo di soggiorno e prelevare il donatore. L'idoneità finale sarà valutata dalla Banca dopo il controllo delle Circolari Ministeriali attive alla data di donazione.**

Firma leggibile del medico responsabile: _____ **data:** ___/___/___