

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA DONAZIONE DI SCO

- c) Si è sottoposta a fecondazione medico assistita? no si
se SI specificare _____
Se eterologa, contattare Calabria CBB: 0965 393321/23/26
- d) Ha mai assunto farmaci particolari durante la gravidanza (eccetto acido folico – ferro – calcio - ecc.) no si
se SI specificare quali, quando e perché _____
Raccogliere se assunto antibiotici e antimicotici in profilassi
Escludere se assunti durante la gravidanza: Isotretinoina (anti-acne), Tapazole (antitiroideo), antidepressivi, anoressizzanti, Etreinato (psoriasi), profilassi anti-Tbc
- e) Ha eseguito gli esami per lo screening infettivologico in gravidanza? no si
- f) Il Suo ginecologo ha confermato che il risultato di tali esami è normale ? no si
se NO specificare _____
- g) Ha contratto malattie infettive durante la gravidanza (rosolia, varicella, parotite, toxoplasmosi, mononucleosi, malattia di Lyme, CMV, borelliosi)? no si
se SI Escludere. Indicare quale _____
- h) Ha eseguito esami per lo studio genetico del nascituro (amniocentesi o villocentesi?) no si
se SI specificare _____
- i) L'esito di tali esami è stato normale? no si
se NO specificare _____
- j) Il Suo ginecologo ha confermato che i risultati di tutte le ecografie di controllo erano normali? no si
se NO specificare _____
- k) Parto gemellare? no si

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

Informazioni raccolte da: Nome e Cognome: _____

Qualifica: Ostetrica del CR Ostetrica del consultorio familiare Medico del CR Medico del consultorio familiare

Firma: _____

Giudizio di idoneità dopo valutazione delle informazioni anamnestiche e del consenso firmato dalla madre

Nome e Cognome del Medico che valuta l'idoneità alla donazione: _____

Medico del CR Medico del consultorio familiare Medico del Servizio trasfusionale

Firma: _____

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 per accettazione e verifica della Madre: _____

Firma per accettazione e verifica del Padre (se presente): _____

A cura della Calabria CBB:

Preso visione delle risposte fornite nel questionario anamnestico

confermo NON confermo l'idoneità alla donazione di SCO allogeneico solidaristica, in accordo ai criteri di eleggibilità previsti dalla normativa italiana vigente.

D.ssa Giulia Pucci, Responsabile Medico Calabria CBB

Firma _____