

## QUESTIONARIO PER IL DONATORE VIVENTE DI EPIFISI FEMORALE

Egregio Signore, Gentile Signora, durante l'intervento chirurgico a cui verrà sottoposto/a è necessario asportare del materiale osseo (epifisi o condili femorali): Le chiediamo di poterlo conservare ed utilizzare come impianto per altri pazienti che avranno bisogno di ricostruzione ossea. RingraziandoLa fin d'ora per la Sua cortese disponibilità, La invitiamo a rispondere alle seguenti domande per conoscere alcuni Suoi dati anamnestici, necessari per valutare l'idoneità dell'osso da Lei donato. Le assicuriamo che verrà mantenuta la massima riservatezza sulle risposte da Lei date.

La BTM garantisce il trattamento dei dati in ottemperanza al DLgs n° 196 del 30/06/2003 e successive modificazioni/integrazioni.

<b>DATI ANAGRAFICI DONATORE</b>	
Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Luogo di nascita:	Data di nascita:
Residente in via	Città CAP
È stato mai ricoverato in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria precedentemente?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, in questo caso indicare, perché:
Ha trascorso un periodo di detenzione carceraria negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
<b>SOFFRE O HA MAI SOFFERTO DELLE SEGUENTI MALATTIE?</b>	
Svenimenti	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Convulsioni	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Epilessia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Encefalite	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Morbo di Alzheimer	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Lupus eritematoso	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Tubercolosi	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Bruccellosi	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Malaria	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Polmonite	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Diabete insulino-dipendente giovanile	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Psoriasi	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Epatite, Itterizia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Malattie renali croniche o dialisi	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Ha sofferto di febbri di natura sconosciuta?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Negli ultimi sei mesi ha notato forte perdita di peso?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Quanti kg circa?
Ha notato ingrossamento delle ghiandole linfatiche?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
E' stato sottoposto a trapianto di cornea, tessuti (vasi, cute, valvole cardiache, osso, tendini) o dura madre?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Ha ricevuto trasfusioni di sangue (da donatore) o emoderivati (concentrati di fattori della coagulazione) di origine umana?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Negli ultimi 6 mesi ha fatto qualche vaccinazione? In particolare, nelle ultime 4 settimane è stato sottoposto a vaccinazione con virus vivo attenuato di una delle seguenti malattie: morbillo, parotite, varicella, febbre gialla, vaiolo?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, precisare:
Beve alcolici o superalcolici in elevate quantità (più di 1 l al giorno) ?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Ha mai assunto sostanze stupefacenti (droghe)?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Specificare:
Ha mai assunto ormoni derivati dall'ipofisi (GH =ormone della crescita; TSH = ormone della tiroide)?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

<b>PATOLOGIE NEUROLOGICHE EVENTUALMENTE PRESENTI IN FAMIGLIA</b>	
Morbo di Creutzfeldt-Jacob (CJD) ? Poliomielite ? Sclerosi multipla e varianti ? Sclerosi laterale amiotrofica ? Sindrome di Guillain-Barrè ? Panencefalite subacuta sclerosante ? Corea ?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, in questo caso precisare quale:
<b>ALTRE PATOLOGIE</b>	
E' risultato positivo a test quali HIV, HTLV, HBV, HCV, Lue? Se sì, specificare quale test e se sottoposto a terapia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Ha mai avuto malattie erpetiche? Soffre o ha sofferto di malattie veneree? Se sì, specificare che cosa, da quanto ed eventuale terapia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Ha mai avuto rapporti sessuali o convive con persone positive a test dell'epatite B o C o dell'AIDS?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì    Negli ultimi 12 mesi? <input type="checkbox"/> sì
Ha mai sofferto di: tumori maligni ? Tumori benigni? Se sì, specificare tipo e data della diagnosi	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
È mai stato trattato con radioterapia o chemioterapia ? Se sì, specificare causa, tipo e durata del trattamento.	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
E' stato sottoposto a trattamenti farmacologici immunosoppressivi? Se sì, specificare tipo e durata del trattamento	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Usa in modo continuativo farmaci a base di cortisone? Se sì, specificare perché e da quanto.	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
<b>CONTATTO CON SOSTANZE CHIMICHE O METALLI</b>	
Lavora o ha lavorato a contatto con piombo, oro, mercurio, cianuro, amianto?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Negli ultimi tre anni ha fatto viaggi all'estero? Se sì, precisare dove.	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Ha soggiornato nel Regno Unito dopo il 1980? Se sì, specificare per quanto tempo complessivamente e se lì è stato sottoposto a trasfusioni o interventi chirurgici tra il 1984 ed il 1996.	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Ha soggiornato in aree nelle quali sono state registrati casi di West Nile o di Chikungunya? Se sì, precisare dove, se ha contratto l'infezione e quale.	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Si è ferito accidentalmente con siringhe o strumenti contaminati da sangue o si è esposto a contaminazione delle mucose con sangue?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a: tatuaggi, foratura delle orecchie, piercing, agopuntura? Se sì, specificare se in struttura autorizzata, con strumenti sterili monouso.	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

### **CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto dichiaro di:

- avere compreso le domande contenute nel questionario, in particolare le informazioni sull'epatite virale, l'AIDS e le altre malattie trasmissibili sulle quali il/la dott./dott.ssa/infermiere/a,..... mi ha esaurientemente informato;
- di avere risposto in maniera veritiera;
- di essere stato informato che la donazione non comporta alcun rischio di contrarre patologie trasmissibili, non implica modifiche delle abituali tecniche chirurgiche previste per l'intervento di protesi d'anca né espone ad alcun rischio aggiuntivo;
- di essere stato informato che la donazione non comporta nessuna spesa a mio carico, è libera ed esente da compensi ed il tessuto muscoloscheletrico viene ceduto a chi lo richiede senza fini di lucro ma con solo rimborso dei costi sostenuti per la validazione, secondo tariffario nazionale;
- di essere stato informato che, qualora i test evidenziassero un criterio di esclusione, la donazione verrà dichiarata non idonea all'impianto;
- di essere consapevole del mio diritto di richiedere ed ottenere informazioni riguardo le analisi effettuate; mi sarà comunque comunicata qualunque notizia emersa dalle analisi che possa riguardare il mio attuale stato di salute.

Autorizzo all'eliminazione automatica del tessuto ipoteticamente non utilizzato, in caso di raggiungimento della data di scadenza.

Firma (leggibile) intervistato: .....

Firma (leggibile) dell'operatore che ha fornito le informazioni: .....