



GRIGLIA PER LA VALUTAZIONE DEI DATI CLINICO-ANAMNESTICI RACCOLTI, DEL QUESTIONARIO E IDONEITA' PRELIMINARE ALLA DONAZIONE DI TESSUTO DA DONATORE VIVENTE			
M-072 Rev. 10	Data di approvazione: 22.01.2018 h 15.30	Mod. 72/si	ACCETTA= BILE?
Demenza senile o incapacità di comprendere le domande del questionario.			NO
Età inferiore a 15 anni o età superiore a 75 anni			NO
Intervento chirurgico di:			
CONVULSIONI – SVENIMENTI			ACCETTA= BILE?
Epilessia insorta recentemente.			NO
Convulsioni febbrili in età infantile, lipotimie.			SI'
ENCEFALITE			ACCETTA= BILE?
Malattia di Creutzfeldt Jacob anche familiare.			NO
PARKINSON			ACCETTA= BILE?
Accertato.			NO
Tremori senili.			SI'
Presenza malattie croniche degenerative centrali ad eziologia sconosciuta (m. di Alzheimer, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, panencefalite acuta sclerosante, leucoencefalite multifocale progressiva).			NO
POLMONITE nei 30 giorni precedenti.			NO
SARS anche pregressa, o contatto con malati o soggiorno in aree epidemiche.			NO
DIABETE GIOVANILE, INSULINO DIPENDENTE			NO
EPATITE – ITTERIZIA			ACCETTA= BILE?
Epatite A pregressa.			SI'
Epatite A nei 6 mesi precedenti.			NO
Epatite B guarita (ved. markers).			SI'
Epatite B in atto, cronica (ved. markers).			NO
Epatite C.			NO
TBC			NO
MALARIA			ACCETTA= BILE?
Guarita da meno di 3 anni.			NO
Guarita da più di 3 anni.			SI'
BRUCELLOSI			ACCETTA= BILE?
Guarita da meno di 2 anni.			NO
Guarita da più di 2 anni			SI'
ARTRITE REUMATOIDE, LUPUS, PSORIASI			NO
MALATTIA AUTOIMMUNI, COMPRESSE LE MALATTIE DEL COLLAGENE, CHE POSSANO PREGIUDICARE LA QUALITA' DEI TESSUTI DA PRELEVARE			NO
PERDITA DI PESO			ACCETTA= BILE?
> 10 Kg / mese di n.d.d.			NO
per dieta.			SI'

TRASFUSIONI OMOLOGHE (emocomponenti ed emoderivati):	ACCETTA= BILE?
Soggetti emofilici sottoposti ad infusione di fattori della coagulazione di origine umana.	NO
Nei 6 mesi precedenti.	NO
Pregressa.	SI'
EMODIALISI CRONICA	NO
FORATURE, TATUAGGI, PIERCING, AGOPUNTURA	ACCETTA= BILE?
Presso laboratori o ambulatori specializzati (ago monouso).	SI'
Eseguiti negli ultimi 12 mesi, se non eseguiti con materiale sterile, monouso.	NO
Esposizione percutanea o attraverso ferite aperte o mucose a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV o HCV nei 12 mesi precedenti.	NO
TUMORI	ACCETTA= BILE?
Benigni.	SI'
Neoplasia maligna in atto o precedente.	NO
Massa polmonare di n.d.d. evidenziata con radiografia del torace.	NO
Gammapatia monoclonale.	NO
VIAGGI, PROVENIENZA E ORIGINE	ACCETTA= BILE?
Europa, America del Nord, Medioriente.	SI'
Estremo oriente, zone tropicali, Africa tropicale ed equatoriale, Centro America, Brasile, America tropicale ed equatoriale:	
a) profilassi antimalarica negli ultimi 3 anni	NO
b) turismo sessuale	NO
c) viaggi o provenienza da zone di disastri ambientali	NO
c) provenienza o origine da zone ad alta prevalenza di HTLV-I e II	NO
d) provenienza o origine dei genitori o del partner sessuale da zone ad alta prevalenza di HTLV-I e II	NO
SOGGIORNO IN REGNO UNITO (Gran Bretagna e Irlanda del Nord)	ACCETTA= BILE?
Permanenza oltre 6 mesi cumulativi, dal 1980 (fin.o almeno il 1996) oppure soggetti sottoposti ad intervento chirurgico o trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna negli anni dal 1984 al 1996.	NO
VACCINAZIONI	ACCETTA= BILE?
Tossoidi e virus uccisi: epatite B, tetano, difterite, pertosse, tifo e paratifo, poliomielite, influenza; colera e peste (ved. sopra per viaggi all'estero).	SI'
Antirabbia nei 12 mesi precedenti	NO
Virus o batteri vivi attenuati: antipolio, morbillo, parotite, rosolia, epatite A, febbre gialla (ved. sopra per viaggi all'estero) nelle 4 settimane precedenti.	NO
Immunoglobuline nei 3 mesi precedenti.	NO
TERAPIE CON CORTISONE O ALTRO	ACCETTA= BILE?
Antalgica episodica.	SI'
Antalgica > 6 mesi.	NO
Per malattie autoimmuni.	NO
Storia di trattamenti immunosoppressivi, chemioterapia o terapia radiante.	NO

ORMONI IPOFISARI O INNESTI	ACCETTA- BILE?
Soggetti che hanno utilizzato ormoni di derivazione ipofisaria, o allotrapianto di dura madre o siano stati sottoposti ad interventi intracranici non specificati.	NO
Sindrome di Reye.	NO
Soggetti sottoposti a trapianto di organo, tessuti oculari o xenotrapianto.	NO
SOSTANZE STUPEFACENTI	ACCETTA- BILE?
Droghe per os, cannabis, cocaina in età giovanile, episodio isolato, non negli ultimi 12 mesi.	SI'
Droghe per os in modo continuativo.	NO
Eroina, droghe per via iniettiva.	NO
ALCOLICI	ACCETTA- BILE?
> 1,5 litri / die.	NO
Cirrosi epatica etilica.	NO
CONVIVENTI MALATI AIDS O EPATITE	ACCETTA- BILE?
Partners di soggetti con rischio di infezione da HIV, HBV o HCV, come precedentemente definito, negli ultimi 12 mesi.	NO
Rischio di contagio (valutare le misure profilattiche adottate).	NO
COMPORTAMENTI E STILI DI VITA	ACCETTA- BILE?
Soggetti con comportamenti sessuali a rischio negli ultimi 12 mesi.	NO
Soggetti che hanno trascorso un periodo di detenzione carceraria negli ultimi 12 mesi	NO
Malattie veneree diagnosticate o trattate negli ultimi 12 mesi.	NO
Rapporti sessuali non protetti.	NO
Malattie veneree (qualunque nei 6 mesi precedenti):	NO
ESPOSIZIONE A SOSTANZE TOSSICHE	ACCETTA- BILE?
Ingestione o esposizione a sostanza tossica che può essere trasmessa in dose nociva (p.es. cianuro, piombo, mercurio, oro)	NO

SEGNALAZIONI
DATA:
Segnalare eventuale presenza di noduli polmonari n.d.d., evidenziate da RX torace, che necessita di ulteriori indagini (se non presente nulla, sbarrare).
Segnalare eventuale mezzi di sintesi presenti o rimossi in interventi pregressi (se mai stati presenti, sbarrare).
Segnalare eventuali alterazioni del tessuto muscoloscheletrico prelevato quali necrosi, geodi, presenza di mezzi di sintesi ecc. (se non presente nulla, sbarrare).
Altre segnalazioni derivate dall'osservazione del paziente (segni di infezione, patologie cutanee, altri segni di potenziale rischio):
<input type="checkbox"/> Nulla di precludente la donazione da segnalare
Nome in stampatello e firma del medico operatore che ha raccolto l'idoneità preliminare:
Azienda sanitaria:

**PARTE DA COMPILARE IN CASO DI RICOVERO TEMPORALMENTE SUCCESSIVO DI
ALCUNI GIORNI RISPETTO ALLA RACCOLTA DELL'IDONEITA' PRELIMINARE**

OSSERVAZIONE AL MOMENTO DEL RICOVERO EFFETTIVO , IN DATA:

Al momento del ricovero effettivo, il paziente:

- ☐ non presenta variazioni clinico-anamnestiche o all'osservazione fisica
☐ presenta le seguenti variazioni clinico-anamnestiche o all'osservazione fisica:

Nome in stampatello e firma del medico operatore che ha eseguito l'osservazione:

Azienda sanitaria:

**PARTE RISERVATA AL MEDICO DELLA
BANCA DEL TESSUTO MUSCOLOSCHELETRICO**

CONCLUSIONI

DATA:

Alla valutazione preliminare dei dati clinico-anamnestici raccolti e dell'osservazione fisica, il donatore risulta idoneo alla donazione dell'epifisi femorale (crocettare):

☐ **SI'**

☐ **NO**

Firma leggibile del responsabile sanitario BTM di conferma dell'idoneità clinico-anamnestica: