



# Anamnesi donatore

Cognome e nome donatore: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_\_

<b>Viaggi all'estero</b> dettaglio ultimi 6 mesi	SI	NO	_____
---	----	----	-------

**Neoplasie pregresse:**

dettagliare tipo, sede, terapie, follow up	SI	NO	_____
--	----	----	-------

<b>Familiarità per neoplasie</b>	SI	NO	_____
----------------------------------	----	----	-------

<b>Interventi chirurgici</b>	SI	NO	_____
------------------------------	----	----	-------

Quali e quando? \_\_\_\_\_

<b>Fratture e/o interventi ortopedici</b>	SI	NO	_____
---	----	----	-------

**Informazioni su eventi in atto**

Ⓒ

<b>Emopatie</b>	SI	NO	_____
-----------------	----	----	-------

Emofilia (omozigote), Gammopatie monoclonali, mielodisplasia, policitemia vera

<b>Sindrome di Reye</b>	SI	NO	_____
-------------------------	----	----	-------

<b>Leucemie, linfomi, mielomi in atto</b>	SI	NO	_____
---	----	----	-------

<b>Malattie ad eziologia sconosciuta</b>	SI	NO	_____
--	----	----	-------

<b>Malattie autoimmuni e/o collagenopat.</b>	SI	NO	_____
--	----	----	-------

<b>Intossicazione, ingestione o esposizione</b>	SI	NO	_____
---	----	----	-------

<b>a sostanze tossiche</b>	SI	NO	_____
----------------------------	----	----	-------

es. cianuro, piombo, mercurio

<b>Trattamenti immunosoppressivi</b>	SI	NO	_____
--------------------------------------	----	----	-------

<b>Sindrome di Down/Marfan/Noonan</b>	SI	NO	_____
---------------------------------------	----	----	-------

<b>Malattie infettive sistemiche in atto</b>	SI	NO	_____
--	----	----	-------

batteri, virus, funghi, protozoi, parassiti (indicare se è in corso terapia mirata)

<b>Nefrouropatie</b>	SI	NO	_____
----------------------	----	----	-------

<b>Epilessia</b>	SI	NO	_____
------------------	----	----	-------

<b>Osteoporosi</b>	SI	NO	_____
--------------------	----	----	-------

<b>Irregolarità mestruali</b>	SI	NO	_____
-------------------------------	----	----	-------

<b>Gravidanza in atto</b>	SI	NO	_____
---------------------------	----	----	-------

<b>Aborto recente</b>	SI	NO	_____
-----------------------	----	----	-------

<b>Cardiopatie</b>	SI	NO	_____
--------------------	----	----	-------

<b>Pneumopatie</b>	SI	NO	_____
--------------------	----	----	-------

<b>Epatopatie</b>	SI	NO	_____
-------------------	----	----	-------

<b>Coagulopatie</b>	SI	NO	_____
---------------------	----	----	-------

<b>Diabete</b>	SI	NO	Tipo: _____ dal: _____
----------------	----	----	------------------------

<b>Ipertensione arteriosa</b>	SI	NO	_____
-------------------------------	----	----	-------

<b>Vasculopatia</b>	SI	NO	_____
---------------------	----	----	-------

<b>Patologia prostatica</b>	SI	NO	_____
-----------------------------	----	----	-------

<b>Dislipidemie</b>	SI	NO	_____
---------------------	----	----	-------

<b>Patologie psichiatriche</b>	SI	NO	_____
--------------------------------	----	----	-------

<b>Anoressia/bulimia</b>	SI	NO	_____
--------------------------	----	----	-------

<b>Etilismo cronico</b>	SI	NO	_____
-------------------------	----	----	-------

<b>Tabagismo</b>	SI	NO	sigarette/die: _____ dal: _____ al: _____
------------------	----	----	---

<b>Uso di farmaci</b>	SI	NO	se sì, quali _____
-----------------------	----	----	--------------------

<b>Trattamenti chemio-radioterapici</b>	SI	NO	_____
---	----	----	-------

<b>Malattie veneree in atto</b>	SI	NO	_____
---------------------------------	----	----	-------

<b>Esantemi in familiari conviventi</b>	SI	NO	_____
---	----	----	-------

<b>Endocardite in atto</b>	SI	NO	_____
----------------------------	----	----	-------

<b>Neoplasia in atto</b>	SI	NO	_____
--------------------------	----	----	-------

Firma: \_\_\_\_\_

Inviare via fax al 011 633 6529