



**MILANO CORD BLOOD BANK - QUESTIONARIO ANAMNESTICO**  
**per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da Coronavirus SARS-CoV-2**  
**mediante la trasfusione di emocomponenti labili**

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri G.U. N° 52 del 01/03/2020**  
**Circolare CNS del 26/03/2020 Prot. 26/03/2020-0000797**  
**Circolare CNT del 02/03/2020 Prot. 496/CNT 2020**  
**Circolare CNS 27/02/2020-0000549**  
**Circolare del Ministero della Salute del 25/02/2020**  
**Circolare CNS 25/02/2020-0000491**  
**Circolare CNT del 24/02/2020 Prot.441/CNT2020**

Codice identificativo dell'unità  
raccolta  
Applicare l'etichetta con barcode  
fornita dalla MICB (a cura di chi  
effettua la raccolta di sangue da  
cordone ombelicale)

Allegare il presente modulo al questionario anamnestico in vigore.

**Centro di raccolta** \_\_\_\_\_

Madre del neonato: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Si richiede di barrare la casella pertinente:

| Questionario   | No | Si | Note |
|--|----|----|------|
| 1. Negli ultimi 28 giorni ha avuto sintomi di Sindrome simil-influenzale (febbre, tosse o difficoltà respiratoria) o di infezione respiratoria acuta grave?<br>Se si indicare quando _____ |    |    |      |

Data compilazione \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Operatore che ha raccolto l'anamnesi:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

| Questionario di ricontatto telefonico a cura della Milano Cord Blood Bank   | No | Si | Note |
|---|----|----|------|
| 1. Dopo il parto e nei successivi 14 giorni ha avuto sintomi di Sindrome simil-influenzale (febbre, tosse o difficoltà respiratoria) o di un'infezione respiratoria grave ?<br>Se si indicare quando _____<br>Ha effettuato tampone? Se si indicare esito _____ |    |    |      |
| 2. E' venuta a contatto con un soggetto cui solo successivamente è stata fatta diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 (tampone positivo) prima del parto?<br>Se si, quando _____   |    |    |      |

Data compilazione \_\_\_\_\_

Operatore che ha raccolto l'anamnesi

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_