

<b>ITALIAN</b> <b>Cord</b> <b>Blood</b> <b>Network</b>	<b>Modulo di richiesta, raccolta e  conservazione del sangue cordonale  ad uso Autologo Dedicato / Allogenico  Dedicato</b>	<b>MOD.ITCBN.001</b> Rev. 0 del 18/11/2016
---	---	--

### Parte 1. RICHIESTA ALLA BANCA DI SANGUE CORDONALE

Alla Direzione della Banca	
Medico richiedente	
Azienda/Reparto	
Recapito	
Telefono	
Fax	
E-mail	
Centro Trapianti di riferimento	
<b>Si invia la coppia, in qualità di madre, la Sig.ra</b>	
Cognome e nome	
Nata a	
Il	
Residente in (città e provincia)	
Via/piazza e n° civico	
CAP	
E-mail	
Telefono	
Cellulare	
<b>in qualità di padre, il Sig.</b>	
Cognome e nome	
Nato a	
il	
Residente in (città e provincia)	
Via/piazza e n° civico	
CAP	
E-mail	
Telefono	
Cellulare	
per autorizzare la raccolta e conservazione di sangue cordonale ad uso autologo dedicato-allogenico dedicato	
Data prevista del parto	
Sede prevista del parto	
Indicazioni di patologia ( <i>patologia curabile con trapianto di cellule staminali emopoietiche</i> )	
Utilizzo dell'unità di sangue cordonale	<input type="checkbox"/> <b>Autologo dedicato per il neonato</b> <input type="checkbox"/> <b>Allogenico dedicato per fratello /sorella</b> <input type="checkbox"/> <b>Allogenico dedicato per futuro fratello /sorella</b>
<b>Anagrafica e generalità del Ricevente (ove presente)</b>	
Cognome e nome	
Data di nascita	
Diagnosi	
Data della diagnosi	
Centro di cura	
Stato attuale della malattia	
Tipizzazione HLA eseguita	<input type="checkbox"/> SI (se possibile allegare referto) <input type="checkbox"/> NO
<b>Dati del donatore</b>	

<b>ITALIAN</b> <b>Cord</b> <b>Blood</b> <b>Network</b>	<b>Modulo di richiesta, raccolta e  conservazione del sangue cordonale  ad uso Autologo Dedicato / Allogeneico  Dedicato</b>	<b>MOD.ITCBN.001</b> Rev. 0 del 18/11/2016
---	--	--

Diagnosi prenatale	<input type="checkbox"/> SI (se possibile allegare referto) <input type="checkbox"/> NO
Esito	
Tipizzazione HLA eseguita in utero	<input type="checkbox"/> SI (se possibile allegare referto) <input type="checkbox"/> NO
Richiesta di tipizzazione HLA	<input type="checkbox"/> URGENTE AL BANCAGGIO <input type="checkbox"/> SUCCESSIVAMENTE

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma e timbro del Medico richiedente  
Timbro della Struttura richiedente

.....

**Parte 1. ACCETTAZIONE RICHIESTA DA PARTE DELLA BANCA**

La Banca autorizza la richiesta di raccolta e conservazione dell'unità cordonale ad uso autologo-dedicato

- SI
- IN ATTESA DEL PARERE DELLA COMMISSIONE
- NO

Motivazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma e timbro del Direttore Medico della Banca

.....

<b>ITALIAN</b> <b>Cord</b> <b>Blood</b> <b>Network</b>	<b>Modulo di richiesta, raccolta e  conservazione del sangue cordonale  ad uso Autologo Dedicato / Allogenico  Dedicato</b>	<b>MOD.ITCBN.001</b> Rev. 0 del 18/11/2016
---	---	--

**Parte 2. RICHIESTA AL PUNTO NASCITA**

Alla Direzione Sanitaria del Punto Nascita .....

Si richiede di organizzare la raccolta di sangue cordonale ad uso autologo dedicato-allogenico dedicato autorizzata dalla Banca di Sangue Cordonale

.....

ed il relativo trasporto alla Banca che provvederà al bancaggio e conservazione, per le indicazioni di patologia e utilizzo indicate nella parte 1 del presente modulo (richiesta alla Banca) del nascituro della coppia (indicare madre e padre).....

.....

Data prevista del parto .....

Ginecologo/Ostetrica di riferimento.....

Telefono..... Fax.....Cellulare.....

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma e timbro del Direttore Medico della Banca

**Parte 2. ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA**

La DIREZIONE SANITARIA del Punto Nascita .....

Accetta di organizzare ed eseguire la raccolta di sangue cordonale e di provvedere al trasporto dell'unità alla Banca territoriale di riferimento, secondo le procedure in uso.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma e timbro del Medico della Direzione Sanitaria

.....

BANCA  
Referenti Banca  
Indirizzo Banca  
Contatti (tel, fax, mail)