

ITALIAN Cord Blood Network	Modulo di richiesta, raccolta e conservazione del sangue cordonale ad uso Autologo Dedicato / Allogenico Dedicato	MOD.ITCBN.001 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	
Si invia la coppia, in qualità di madre, la Sig.ra	
Cognome e nome	
Nata a	
Il	
Residente in (città e provincia)	
Via/piazza e n° civico	
CAP	
E-mail	
Telefono	
Cellulare	
in qualità di padre, il Sig.	
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"/> Autologo dedicato per il neonato <input type="checkbox"/> Allogenico dedicato per fratello /sorella <input type="checkbox"/> Allogenico dedicato per futuro fratello /sorella
Anagrafica e generalità del Ricevente (ove presente)	
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
Dati del donatore	

ITALIAN Cord Blood Network	Modulo di richiesta, raccolta e conservazione del sangue cordonale ad uso Autologo Dedicato / Allogeneico Dedicato	MOD.ITCBN.001 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

.....

ITALIAN Cord Blood Network	Modulo di richiesta, raccolta e conservazione del sangue cordonale ad uso Autologo Dedicato / Allogenico Dedicato	MOD.ITCBN.001 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)