

Consenso alla donazione di latte materno

Cognome:

Nome: Data di nascita:

Indirizzo:

Telefono: Cellulare:

E-Mail:

Nome del bambino: Degenza:

Data di nascita del bambino: Età gestazionale del bambino:

Le siamo molto grati per la sua donazione di latte materno a favore di bambini malati. Siamo certi che comprenderà l'esigenza di rivolgerle alcune domande preliminari di carattere medico. I dati da lei forniti saranno trattati con riservatezza ed esclusivamente per finalità di gestione della banca del latte materno.

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande

La preghiamo di rispondere alle domande scrupolosamente. Se non è sicura in merito alla risposta da fornire, contrassegni la rispettiva domanda. Provvederemo a discuterne insieme a lei.

Ho letto attentamente e compreso il foglio informativo per donatrici di latte materno interessate.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> non sono sicura	<input type="checkbox"/> no
Si sente complessivamente in buona salute?	<input type="checkbox"/> sì		<input type="checkbox"/> no
Soffre di una malattia cronica?	<input type="checkbox"/> sì		<input type="checkbox"/> no
Se sì, quale?			
Ha mai contratto l'epatite (infiammazione del fegato, ittero)?	<input type="checkbox"/> sì		<input type="checkbox"/> no
Ha mai contratto una patologia infettiva grave (per es. tubercolosi)?	<input type="checkbox"/> sì		<input type="checkbox"/> no
Se sì, quale?			

Da quando ha partorito ha assunto medicinali o le sono state praticate iniezioni? sì no

Se sì, quali e in quale periodo?

.....

.....

Da quando ha partorito, ha assunto preparati a base di vitamine oppure fitofarmaci o preparati della medicina alternativa? sì no

Se sì, quali e in quale periodo?

.....

.....

Segue un'alimentazione vegetariana? sì no

Se sì: consuma uova o prodotti a base di uova? più volte al settimana raramente no

consuma latte o latticini? più volte al settimana raramente no

Segue un'alimentazione vegana? sì no

Domande relative al fumo e al consumo di nicotina

Fa uso di un prodotto sostitutivo della nicotina (per es. cerotto o gomma da masticare)? sì no

Fuma? sì occasionalmente no

Qualcun altro fuma in casa? sì occasionalmente no

Beve alcolici? sì occasionalmente no

Beve più di 3 tazze al giorno di bevande contenenti caffeina (per es. caffè) o più di 3 energy drink? sì no

Lei o il suo partner avete mai assunto, fumato o iniettato droghe? – per. es. cannabis (hashish, marijuana), metamfetamine (crystal meth), MDMA (ecstasy), eroina, cocaina, crack

Lei sì diversi anni fa no

Il suo partner sì diversi anni fa no

Le è stato mai detto che non può donare sangue? sì no

Ha mai ricevuto una trasfusione di sangue (per es. globuli rossi, piastrine, plasma)? sì no

Se sì, quando all'incirca e in quale Paese?

È vera una delle seguenti affermazioni? sì no

Ha ricevuto un trapianto.

È stata sottoposta a terapia con ormone della crescita.

Nella sua famiglia esiste un caso noto di malattia di Creutzfeld-Jakob.

Si è sottoposta a vaccinazioni nelle ultime 4 settimane (per es. contro la rosolia o l'influenza)? sì no

Se sì, quando e contro quale malattia?.....

È vera una delle seguenti affermazioni? sì no

Agopuntura

in ospedale, praticata da un medico

altrove.....

Tatuaggi, piercing o body modification

Ha mai vissuto al di fuori della Svizzera per più di 6 mesi? sì no

Se sì, in quali Paesi?

Analisi per patologie infettive

- Acconsento all'analisi del mio sangue per le seguenti patologie o agenti patogeni: epatite B, epatite C, HIV e sifilide. In via eccezionale è anche possibile che venga eseguita l'analisi per la ricerca di altri agenti patogeni. In tal caso, provvederemo a informarla separatamente. In caso di reperti di laboratorio positivi, verrà informata dal medico.

La preghiamo di confermare le seguenti dichiarazioni contrassegnandole con una crocetta

- Acconsento a mettere a disposizione della banca del latte materno il mio latte in eccesso.
- Sono stata informata in merito alle analisi del sangue necessarie per la donazione di latte materno e acconsento che vengano eseguite sui miei prelievi di sangue.
- Mi è stato comunicato che in caso di donazione il mio latte verrà sottoposto ad analisi batteriologiche. Qualora le quantità di batteri superino i valori limite, verrò informata e verranno concordate con me eventuali misure di igiene.
- In caso di cambiamenti relativamente alle risposte sopra fornite o qualora io contragga una patologia o un'infezione acuta, mi impegno a informarne l'operatore/operatrice di competenza per la donazione di latte o per il mio bambino.

Consenso alla donazione di latte e conferma del colloquio informativo da parte della donatrice

- Confermo di aver risposto a tutte le domande in modo scrupoloso e veritiero. Ho avuto la possibilità di chiarire tutti i dubbi relativi alla mia donazione di latte nell'ambito di un colloquio personale con l'operatore/operatrice di competenza.

Luogo, data:

Firma:

Questa pagina deve essere compilata solo insieme all'operatore/operatrice di competenza durante il colloquio!

Altri temi trattati durante il colloquio informativo, specificazioni in merito alle risposte della donatrice

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il colloquio informativo è condotto da

Nome/qualifica:

Luogo, data:

Firma:

Questa pagina deve essere compilata dal medico responsabile!

Valutazione clinica dei risultati di laboratorio

HIV-1/2	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo
Epatite B	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo
Epatite C	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo
Sifilide	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo

Le analisi relative a HIV, epatite B e C sono state eseguite in data:

e sono da ripetere in data:

Il latte materno della donatrice è idoneo: sì no

La donatrice è stata informata in merito ai risultati degli accertamenti. sì no

Data:..... Firma del medico specialista in neonatologia:

Banca del latte materno

Il latte materno di cui la donatrice non necessita per il proprio bambino verrà depositato nella banca del latte materno e verrà contrassegnato con un codice identificativo (ID).

Codice ID

