

Cognome e Nome della Madre: _____

Lei:

È attualmente in buone condizioni di salute?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ha previsto di avere un parto cesareo?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Sta attualmente prendendo antibiotici o altri medicinali per curare un'infezione?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
È diabetica o è affetta da diabete gestazionale?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Sta attualmente prendendo o Le è mai stato somministrato:

Ormone della crescita derivato dalla ghiandola pituitaria umana?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Insulina di origine bovina?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Immunoglobuline anti Epatite B?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Un vaccino sperimentale non registrato?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Negli ultimi 12 mesi Lei:

Ha ricevuto una trasfusione di sangue?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
È entrata in contatto con il sangue di un'altra persona o ha avuto una puntura accidentale da ago?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Si è fatta fare un tatuaggio o un piercing?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
È entrata in contatto con persone HIV positive o affette da Epatite C o ad alto rischio di essere HIV positive o affette da Epatite C?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

È mai risultata positiva ad un test per una delle seguenti malattie infettive:

Virus HIV/AIDS?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Babesiosi?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Epatite B?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Altre infezioni parassitarie?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Epatite C?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Febbre del Nilo Occidentale?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Malaria?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Tubercolosi?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Morbo di Chagas?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>					

Ha mai utilizzato aghi per ricevere droghe, steroidi o altre sostanze non prescritte dal Suo medico?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ha mai ricevuto fattori concentrati della coagulazione (es. trasfusione piastrine, somministrazione fibrinogeno...)?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ha mai ricevuto un trapianto di cuore, polmone, rene, midollo osseo o altro tessuto o un innesto di dura madre, osso o cute?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
È mai stata sottoposta ad una procedura medica comprendente cellule vive, tessuti o organi di origine animale?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ha mai contratto una malattia a trasmissione sessuale?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Le è mai stato diagnosticato il "morbo della mucca pazza"?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Firma: _____

Data: _____

Giorno/Mese/Anno

Data Prevista del Parto: _____

Giorno/Mese/Anno