

DOTT.SSA ALESSANDRA ZOLI
RESPONSABILE RR AN01

***Dal work-up al follow-up del donatore:
esperienza del Registro Marchigiano***

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA

PERCORSO DEL DONATORE IBMDR

Prima fase: **RECLUTAMENTO DONATORI**

FormCD101 e allegato b



Seconda fase: **RICHIAMO PER INVIO Campione**

FormCD102 e allegato b-tc



Terza fase: **WORK UP PER DONAZIONE CSE**

Quarta fase: **FOLLOW UP**



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

Terza fase

WORK UP DONAZIONE CSE



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6·7·8 NOVEMBRE

ROMA



UNA RETE in ITALIA e nel MONDO

World Marrow Donor Association

N ° 35.878.138 donatori
(73 Registri nel mondo)



esteri

Centri Trapianto

italiani

IBMDR (CNC)

N°421.441 donatori

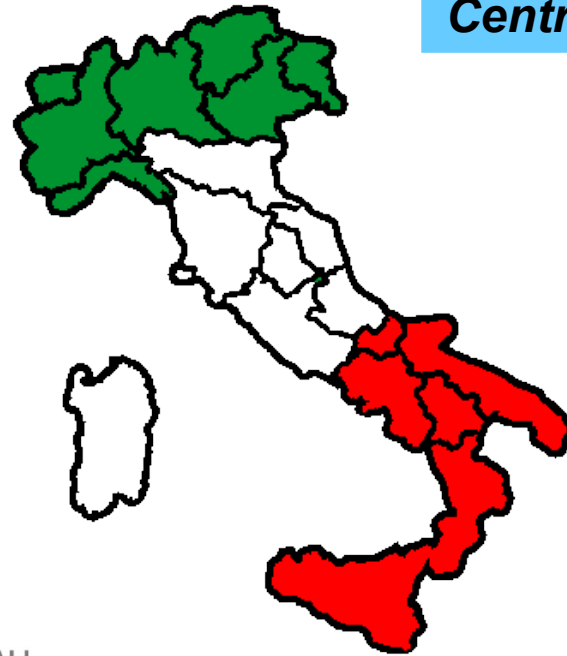


Registro Regionale



**Centri
Donatori**

**Centri
Prelievo**



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

Dati aggiornati al 2019 da IBMDR e WMDA



Centro Trapianti

Form CT308

IBMDR (CNC)

Registro Regionale

Centro Donatori

Form CD107

**CONVOCAZIONE
DONATORE HLA A*-B*-C*
DRB1* compatibile**



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA



STATI GENERALI



RETE NAZIONALE TRAPIANTI

Reset

Italian Bone Marrow Donor Registry

Form CT308 (V6 1/1 mar. 2019)

Prescrizione per la raccolta di CSE (I trapianto)

Da compilarsi a cura del Centro Trapianti

GENERALITA' DEL RICEVENTE:

Codice IBMDR del ricevente:				
Diagnosi:		Fase attuale della malattia:		
Data di nascita:	Sesso:	Peso:	kg	CMV:
		Gruppo sanguigno:		

CENTRO TRAPIANTI:

Sigla CT IBMDR:	Referente:
Indirizzo:	Telefono n°:
	Fax n°:

CODICE DEL DONATORE SELEZIONATO:

Codice IBMDR: IT
GRID:

TIPOLOGIA DI CSE RICHIESTE:

<input type="checkbox"/> CSE da sangue midollare (BM)	<input type="checkbox"/> * CSE da sangue periferico (PBSC)
---	--

Indicare nella casella il numero corrispondente alle vostre necessità
1- 1 scelta; 2- 2 scelta; 0- non richiesto nel caso in cui la 1 indicazione non fosse possibile
* se=1 definire di seguito le motivazioni della Vs. richiesta di PBSC come prima scelta

Richieste aggiuntive (specificare):

INFORMAZIONI RELATIVE AL PROTOCOLLO:

Il protocollo impiegato prevede un regime di condizionamento: mieloablativo intensità ridotta

E' prevista, con elevate possibilità, una richiesta di linfocitoferesi del donatore senza stimolazione con fattore di crescita emopoietico.

DATE PROPOSTE PER LA RACCOLTA:

Prelievo di midollo osseo	Raccolta di PBSC Indicare il 1 giorno previsto per la raccolta	Data prevista per il trapianto:
1	1	1
2	2	2
3	3	3

Il form CD104 deve giungere al Centro Trapianti entro la seguente data:

Numero di giorni previsti per il regime di condizionamento del paziente:

Il condizionamento del paziente **NON** deve avere inizio fintanto che il CD non abbia redatto il form CD104 ed il CT lo abbia controfirmato per accettazione.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE RICHIESTA

- Form CT307-don e CT307-paz con i test di compatibilità tessutale eseguiti su paziente e donatore
- Form CT308-m e/o Form CT308-p

Responsabile del CT:

Firma:	Data:
--------	-------

Inviare a → I.B.M.D.R. - search@ibmdr.galliera.it - tel. 010/5634434-5 fax 010/57481999

Richiesta CT "Prescrizione raccolta CSE- Form CT308

← Tipologia di donazione scelta

← Motivazioni

← Protocolli ricevente

← Proposta date



STATI GENERALI



RETE NAZIONALE TRAPIANTI

Italian Bone Marrow Donor Registry
Form CT308-m (Va. mar. 1/1 mar. 2019)

Reset

WMDR Accredited

Prescrizione per la raccolta di CSE da sangue midollare

Da compilarsi a cura del Centro Trapianti

Codice IBMDR del ricevente: _____ Sigla CT IBMDR: _____
Codice donatore IBMDR: IT _____ GRID: _____

CAMPIONI DI SANGUE PERIFERICO DEL DONATORE PRE-TRAPIANTO (maximum 30 ml):

ml EDTA	ml ACD
ml Eparina	ml senza anticoagulante

I campioni devono essere spediti al seguente indirizzo: _____
Telefono n°: _____ Fax n°: _____

RACCOLTA DI CSE MIDOLLARI:

Cellule nucleate richieste/kg	X 10 ⁶ /kg*
X peso ideale del ricevente (kg)	X 10 ⁶
= Totale di cellule nucleate da infondere	X 10 ⁶
+ cellule nucleate richieste per i controlli di qualità	X 10 ⁶
= Cellule nucleate totali	

* non superiore a 6 x 10⁶/kg.
ATTENZIONE: la raccolta di CSE è destinata ad un uso immediato e non può essere criopreservata, se non per la quota eccedente non infusa. Casi eccezionali possono essere causa di deroga dall'uso immediato. Detta deroga necessita dell'approvazione dell'IBMDR. Il CT si impegna altresì ad infondere il prodotto ricevuto, anche nel caso in cui la quantità cellulare ottenuta risultasse inferiore rispetto a quanto richiesto e dovrà segnalare ad IBMDR eventuali avversi che dovessero occorrere al paziente/prodotto di raccolta. La presente richiesta di CSE comporta l'accettazione di tali termini e condizioni.

Anticoagulante richiesto: eparina _____ u/ml ACD _____ vol ACD/vol BM EDTA _____
Altro (specificare): _____
Temperatura richiesta per il trasporto delle CSE midollari prelevate: _____
Temperatura ambiente Temperatura controllata (4-8° C)

CAMPIONI DI SANGUE PERIFERICO DEL DONATORE AL MOMENTO DEL PRELIEVO (maximum 30 ml):

ml EDTA	ml ACD
ml Eparina	ml senza anticoagulante

Richieste aggiuntive: _____

Responsabile del CT: _____ Data: _____
Firma: _____

Italian Bone Marrow Donor Registry
Form CT308-p (Va. mar. 1/1 mar. 2019)

Reset

WMDR Accredited

Prescrizione per la raccolta di CSE da sangue periferico

Da compilarsi a cura del Centro Trapianti

Codice IBMDR del ricevente: _____ Sigla CT IBMDR: _____
Codice donatore IBMDR: IT _____ GRID: _____

CAMPIONI DI SANGUE PERIFERICO DEL DONATORE PRE-TRAPIANTO (maximum 30 ml):

ml EDTA	ml ACD
ml Eparina	ml senza anticoagulante

I campioni devono essere spediti al seguente indirizzo: _____
Telefono n°: _____ Fax n°: _____

RACCOLTA DI PBSC DOPO MOBILIZZAZIONE CON FATTORI DI CRESCITA EMOPOIETICI:

Cellule CD34+/Kg richieste	X 10 ⁶ /kg*
X peso ideale del ricevente (kg)	X 10 ⁶
= quantità totale di cellule CD34+	X 10 ⁶
+ cellule CD34+ richieste per i controlli di qualità	X 10 ⁶
= cellule CD34+ totali	X 10 ⁶

* non superiore a 5 x 10⁶/kg.
ATTENZIONE: la raccolta di CSE è destinata ad un uso immediato e non può essere criopreservata se non per la quota eccedente non infusa o nel caso in cui non sia disponibile un back-up di CSE midollari (per mancata mobilizzazione). Casi eccezionali possono essere causa di deroga dall'uso immediato. Detta deroga necessita dell'approvazione dell'IBMDR. Il CT si impegna altresì ad infondere il prodotto ricevuto, anche nel caso in cui la quantità cellulare ottenuta risultasse inferiore rispetto a quanto richiesto e dovrà segnalare ad IBMDR eventuali avversi che dovessero occorrere al paziente/prodotto di raccolta. La presente richiesta di CSE comporta l'accettazione di tali termini e condizioni.

Anticoagulante richiesto: _____
Temperatura richiesta per il trasporto delle CSE periferiche raccolte: _____
Ambiente Controllata (4-8° C)

Temperatura di conservazione del prodotto (se necessario) overnight: _____

CAMPIONI DI SANGUE PERIFERICO DEL DONATORE AL MOMENTO DELLA RACCOLTA (maximum 30 ml):

Tipologia di campioni richiesti	I giorno di raccolta	Il giorno di raccolta
EDTA	ml	ml
Eparina	ml	ml
ACD	ml	ml
senza anticoagulante	ml	ml
Altro (specificare)	ml	ml

Responsabile del CT: _____ Data: _____
Firma: _____



STATI GENERALI



RETE NAZIONALE TRAPIANTI

Italian Bone Marrow Donor Registry
Form CD107 (V2 1/1 mar. 2019)

Reset
WMDA Accredited

Verifica della prescrizione di CSE/linfociti

Dati paziente
Codice paziente Sigla CT

Dati donatore
Codice (IBMDR): **IT**
GRID:

Prodotto richiesto da CT: CSE da sangue midollare CSE da sangue periferico linfociti
si comunica che si procederà con una raccolta di:
 CSE* da sangue midollare CSE* da sangue periferico linfociti

Verifica della prescrizione:

- ✓ la quantità di CSE/linfociti prelevabili dal donatore:
 è conforme a quanto richiesto dal CT ed è pari a:
Nota: ciò non deve in nessun modo essere interpretato come garanzia che verrà raccolta la quantità di cellule richiesta, che potrebbe essere inferiore o superiore.
 è difforme** a quanto richiesto dal CT ed è pari a:
** Il CT è pregato di comunicare tempestivamente e per iscritto, se continuare o sospendere la procedura di work-up.
- ✓ Anticoagulante: Eparina ACD EDTA Altro
- ✓ *il donatore è non è disponibile ad una donazione di CSE alternativa, in caso di fallimento della procedura di raccolta programmata.

Programmazione work-up:

- ✓ la raccolta di CSE/linfociti è fissata per il:
- ✓ la notifica della "clearance" del donatore (form CD104), verrà inviata entro e non oltre, il:
- ✓ l'invio dei campioni pre-trapianto è previsto per il:
(compilare solo se richiesto)
- ✓ la data di inizio somministrazione del G-CSF è fissata per il:
(in caso di PBSC)
- ✓ altro (specificare):

Informazioni per il pick-up del prodotto di raccolta:
Data e orario previsto per la consegna del prodotto:
Data e orario previsto per la consegna del prodotto (in caso di 2 aferesi):
Data:

Il Responsabile del **CD** (timbro/firma): Sigla CD:
Il Responsabile del **CP-M** (timbro/firma): Sigla CP-M:
Il Responsabile del **CP-P** (timbro/firma): Sigla CP-P:

Visto ed Accettato
dal Responsabile del **CT**: data:

Inviare (anche via fax) a → I.B.M.D.R. - Via Volta, 19 - 16128 GENOVA - tel. 010/5634434-5 fax 010/57481999

Risposta del CD

“Verifica della prescrizione di CSE” - Form CD107
quantità di CSE prelevabili al donatore

Il Centro Donatori e il Centro Prelevi, ricevuta una prescrizione di sangue midollare, compilano il presente allegato valutando, nella piena tutela della salute del donatore, le unità di sangue autologo (predeposito) e il massimo volume di sangue midollare prelevabili al soggetto (il volume di sangue midollare prelevato non deve superare i 1500 ml – Allegato L). Supponendo una conta di 22×10^5 cellule/mL di aspirato si raccomanda il predeposito di una unità di sangue autologo ogni 600 mL di sangue midollare eccedenti i primi 600 mL (es. nessuna unità per 600 mL, 1 unità da 600 a 1199 mL, 2 unità da 1200 a 1799 mL, ecc.). La tabella seguente quantifica il predeposito sulla scorta della quantità di cellule nucleate midollari richieste (presupposta, sempre, una cellularità di 22×10^5 /mL di aspirato).

Se il dosaggio richiesto è:	$<132 \times 10^5$	$<264 \times 10^5$	$<396 \times 10^5$	$\geq 396 \times 10^5$
Le unità di sangue autologo raccomandate sono:	ZERO	UNA	DUE	TRE

Poiché il volume massimo di sangue midollare non dovrebbe eccedere i 20 mL per Kg., completando il successivo algoritmo è possibile calcolare la quantità limite di cellule nucleate midollari che il donatore può fornire:

$$\text{Peso del donatore (Kg.): } \dots \times 20 = \dots \text{ mL di sangue midollare prelevabili } \times 0,22 \text{ (cellularità)}$$

↓
max aliquota cellule nucleate midollari $\dots \times 10^5$

Se questo valore è notevolmente inferiore a quello indicato nella prescrizione e lo scostamento è tale da escludere un accordo sul volume del prelievo, i responsabili del Centro Prelevi e del Centro Donatori, inviano il form CD 108 al CT senza procedere con il workup.

Se la stima soddisfa o è, comunque, conciliabile con la richiesta, il presente CD104-m, siglato dai responsabili delle strutture coinvolte (CP-M e CD), deve pervenire al CT ed all'IBMDR, e quindi ritornare firmato dal CT a dette strutture a conferma che il programma è stato valutato e accettato.

**DONATORE HLA A*-B*-C*-
DRB1* compatibile**

CD107

Donatore e referenti CD
e CP decidono di
procedere in accordo
con le richieste del CT

CD107d

NO requisiti di eleggibilità
previsti dalla
normativa vigente a tutela
del paziente

CD108

Diniego del donor /Inidoneità permanente

CD e CP dovranno inviare ad IBMDR una
esaustiva relazione, che verrà valutata da una
Commissione rappresentata da: IBMDR, CNT,
CNS, GITMOMUD, SIMTI, SIDEM.

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA



Terza fase: WORK-UP

La riunione informativa finale deve essere composta almeno da:

- ❖ il DONATORE (con un suo familiare o medico curante?)
- ❖ un rappresentante del CD e/o RR
- ❖ un Medico Trasfusionista del CPp
- ❖ un Ematologo del CPm

- 😊 Colloquio informativo (check list)
- 😊 Visita idoneità e valutazione accessi venosi
- 😊 Prelievo di sangue- esami strumentali
- 😊 Compilazione dell'allegato b-wu
- 😊 Lettura e Firma dei Form per consenso CD103 p, pl, m
- 😊 CD/CPp/CPm concordano il programma di stimolazione con G-CSF

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE TRAPIANTI



Registro nazionale Italiano Donatori Midollo Osseo
Italian Bone Marrow Donor Registry



Allegato WU (V1 1/2 mar. 2019)

Esami clinici, strumentali e diagnostici pre-donazione

CSE da periferico e midollari	Linfociti	Esami da effettuare durante il work-up pre donazione nei 30 giorni precedenti la donazione	Esami al work-up validi entro 30 giorni precedenti la donazione	Esami al work-up validi fino a 90 giorni precedenti la donazione in caso di posticipo del trapianto
Emocromo completo	X	X		X
VES		X		X
Azotemia		X		X
Glicemia		X		X
Creatininemia		X		X
AST, ALT		X		X
Bilirubina totale e frazionata		X		X
Fosfatasi alcalina		X		X
Gamma-GT		X		X
Uricemia		X		X



Registro nazionale Italiano Donatori Midollo Osseo
Italian Bone Marrow Donor Registry



Allegato B - WU (V6 1/5 mar. 2019)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

FASE: WORK-UP PER DONAZIONE DI CSE

Le risposte che Lei fornirà sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione clinica è finalizzata a proteggere Lei e il paziente che riceverà il Suo dono.

Cognome:..... Nome:..... Data di nascita:

Sesso: M F Altezza:.....Peso:.....Kg.

Valutazione Generale e tutela del donatore		Risposta	
1. È attualmente in buona salute?	NO	SI	
2. Sta facendo terapie farmacologiche per propria decisione, per prescrizione medica o assume sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati al di fuori della distribuzione autorizzata?	NO	SI	
Per cosa ?	Da quando ?	specificare	
3. Prende abitualmente aspirina o altri analgesici?	NO	SI	
Quali ?	Quando ?	specificare	

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE TRAPIANTI

6

ROM

Italian Bone Marrow Donor Registry

Reset

Form CD103-m (V15 1/3 mar. 2019)



**Consenso finale
alla donazione
di CSE midollari**

Da compilarsi a cura del CD

CODICE IBMDR del donatore: IT

GRID:

Da compilarsi a cura del donatore

Io sottoscritto:

nato a: Provincia: il:

A conoscenza di essere risultato compatibile con un paziente, in attesa di trapianto di cellule staminali emopoietiche, e giudicato idoneo alla donazione, sono stato informato che tale procedura terapeutica è potenzialmente curativa per la malattia del ricevente. Mi sono state fornite risposte soddisfacenti a tutte le domande che ho ritenuto opportuno formulare sul trattamento cui verrò sottoposto; in particolare mi è stato spiegato che:

- la donazione comporta un prelievo di sangue dalle ossa del bacino che verrà eseguito in ambiente chirurgico sotto anestesia (specificare se generale, epidurale o altro):
- alcuni giorni antecedenti la data fissata per la donazione mi verranno prelevate, presso il Servizio Trasfusionale competente, n° (specificare):unità di sangue periferico che mi saranno reinfuse al momento della donazione;

Italian Bone Marrow Donor Registry

Reset

Form CD103-p (V15 1/3 mar. 2019)



**Consenso finale
alla donazione di
CSE da sangue periferico**

Da compilarsi a cura del CD

CODICE IBMDR del donatore: IT

GRID:

Da compilarsi a cura del donatore

Io sottoscritto:

nato a: Provincia: il:

A conoscenza di essere risultato compatibile con un paziente, in attesa di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), e giudicato idoneo alla donazione, sono stato informato che tale procedura terapeutica è potenzialmente curativa per la malattia del ricevente. Dopo aver accettato volontariamente di donare CSE da sangue periferico, dichiaro di essere stato esaurientemente informato circa la procedura, cui sarò sottoposto per la raccolta, previa mobilitazione con fattore di crescita emopoietico (G-CSF). In particolare sono stato informato:

- che non è richiesto alcun tipo di anestesia;
- che mi verranno iniettate, per via sottocutanea, dosi giornaliere, non superiori a 10 µg/Kg di G-CSF (nome commerciale,) per 5 giorni consecutivi, a partire dal quarto giorno prima della raccolta in aferesi;
- che sono necessari due accessi vascolari, dalle due braccia;
- che la donazione ha una durata di circa 3-4 ore e avviene mediante processazione del sangue periferico attraverso un separatore cellulare, con materiale rigorosamente sterile e monouso;
- che la procedura prevede l'infusione di soluzione anticoagulante (ACD-A, chelante del calcio), a causa del quale potrei avvertire dei sintomi da carenza di calcio: formicolio, lieve malessere, nausea, talora difficoltà di movimento delle mani o dei piedi. Tali sintomi sono noti al personale del CP-p e si risolvono rapidamente con la somministrazione di soluzioni contenenti calcio, su indicazione del medico che assisterà la procedura;

Italian Bone Marrow Donor Registry

Reset

Form CD103-PL (V1 1/1 mar. 2019)



**Consenso alla somministrazione
di Plerixafor per fallita
mobilitazione CSE**

➔ **CODICE IBMDR** assegnato al donatore: IT

GRID:

Io sottoscritto:

nato a: Provincia: il:

Dopo aver dato il mio consenso a donare CSE da sangue periferico ed esaurientemente informato sulla procedura di raccolta previa mobilitazione con fattore di crescita emopoietico (G-CSF), sono stato informato:

- che, sulla base dei riscontri sino ad oggi ottenuti, malgrado la regolare somministrazione del fattore di crescita G-CSF (nome commerciale) la quantità di CSE raccolte e/o raccogliibili risulta insufficiente per garantire il trapianto al ricevente e pertanto mi è stato proposto di eseguire una ulteriore stimolazione attraverso la somministrazione di Plerixafor (Mozobil®);
- che il Plerixafor (Mozobil®) è un farmaco che incrementa il numero di CSE circolanti se utilizzato in combinazione con il G-CSF e mi verrà somministrato in un'unica dose sottocute;
- delle possibili reazioni avverse riportate nell'Allegato H-PL;
- dei rischi correlati alla procedura e della possibile insorgenza di disturbi a breve e a lungo termine; in particolare che il rischio di mortalità associato alla mobilitazione di CSE periferiche ed alla loro raccolta (incidenti cerebro-vascolari, rotture di milza, ischemia miocardica) in soggetti sani di età non avanzata è molto basso, seppur non nullo.

Conseguentemente, confermando che mi è stata data completa e totale libertà di ritirare la mia adesione, con la firma apposta in calce acconsento spontaneamente che mi venga somministrata in dose unica sottocute Plerixafor (Mozobil®) al fine di poter procedere con la adeguata raccolta di CSE da sangue periferico a favore di un ricevente non familiare

In fede: Luogo e data:

Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, all'acquisizione del consenso ed alla verifica dell'identità del donatore:

Cognome e Nome:qualifica:

Firma del sanitario:Data e ora:

IN QUESTA FASE IL CD DEVE CONSEGNARE AL DONATORE:

- ❖ Copia del consenso finale
- ❖ Verbale della riunione informativa finale
- ❖ Risultati indagini cliniche e strumentali
- ❖ Copia della polizza assicurativa
- ❖ Allegato h (rischi!!)
- ❖ Allegato S ed S2 (+ programma G-CSF) → se CSE periferiche

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

Italian Bone Marrow Donor Registry

Form CD104 (V2 1/1 mar. 2019)

Reset

UwMDA Accredited

Notifica "Clearance"
del donatore di CSE/infociti

CSE da sangue midollare CSE da sangue periferico linfociti

Dati paziente
Codice paziente..... Sigla CT.....

Dati donatore
Codice (IBMDR): **IT**..... GRID:.....
Data di nascita:..... Sesso:..... Peso:..... (Kg) Fenotipo ABO ed Rh:.....
n° gravidanze/aborti:..... n° trasfusioni:..... Data consenso alla donazione:.....

Dati raccolta
Data confermata per la raccolta:..... Orario di inizio raccolta previsto:.....
Data e orario previsto per la consegna del prodotto:.....
Data e orario previsto per la consegna del prodotto (in caso di 2 aferesi):.....

Marcatori di malattie infettive				
	Positivo	Negativo	Non eseguito	Data prelievo
Ag/Anti-HIV 1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HIV1- NAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HBsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HBV- NAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HCV - NAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sierodiagnosi per la Lue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-CMV	IgG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IgM <input type="checkbox"/>	
Toxolest	IgG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IgM <input type="checkbox"/>	
Anti-HBc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-HBs* *Il soggetto è vaccinato SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-HAV	IgG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IgM <input type="checkbox"/>	
EBV	IgG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IgM <input type="checkbox"/>	
WNV-NAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-HTLV I e II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ab anti-malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ab anti-T.Cruzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altro (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- Sulla base della valutazione anamnestica, esami diagnostici e strumentali il donatore viene dichiarato idoneo alla donazione di CSE: midollari periferico linfociti

- Si anticipa che l'unità raccolta verrà distribuita: qualificata in corso di qualificazione

- Il donatore autorizza non autorizza l'inserimento dei propri dati nell'archivio EBMT

Data:

Il Responsabile del **CD** (timbro/firma): Sigla CD:

Il Responsabile del **CP-M** (timbro/firma): Sigla CP-M:

Il Responsabile del **CP-P** (timbro/firma): Sigla CP-P:

Visto ed Accettato

dal Responsabile del **CT**: data:

Inviare (anche via fax) a → I.B.M.D.R. - Via Volta, 19 - 16128 GENOVA - tel. 010/5634434-5 fax 010/57481999

Conferma del CD
"Clearance del donatore" -
Form CD104
Conferma della idoneità del
donatore e OK a procedere

Quarta fase FOLLOW-UP

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA



Quarta fase: FOLLOW UP

Il CD consegna al donatore:

- ❖ Allegato A-fu
 - ❖ questionario CD105 il giorno dopo la donazione
 - ❖ questionario CD106 il mese dopo la donazione
-



Il donatore può consegnare al CD una lettera o un messaggio per il ricevente

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA

Qual è... ?

- Il giorno più bello? ... Oggi.
- La cosa più facile? ... Sbagliarsi.
- L'ostacolo più grande? ... La paura.
- Lo sbaglio peggiore? ... Arrendersi.
- La radice di tutti i mali? ... L'egoismo.
- La distrazione più bella? ... Il lavoro.
- La peggiore sconfitta? ... Lo scoraggiamento.
- I migliori insegnanti? ... I bambini.
- La prima necessità? ... Parlare con gli altri.
- La cosa che più fa felici? ... Essere di aiuto agli altri.
- Il Mistero più grande? ... La morte.
- Il peggiore difetto? ... Il malumore.
- La persona più pericolosa? ... Il bugiardo.
- Il sentimento più dannoso? ... Il rancore.
- Il regalo più bello? ... Il perdono.
- La cosa di cui non se ne può fare a meno? ... La casa.
- La strada più rapida? ... Il cammino giusto.
- La sensazione più gratificante? ... La pace interiore.
- Il gesto più efficace? ... Il sorriso.
- Il migliore rimedio? ... L'ottimismo.
- La maggiore soddisfazione? ... Il dovere compiuto.
- La forza più potente del mondo? ... La fede.
- Le persone più necessarie? ... I genitori.
- La cosa più bella di tutte? ... L'AMORE! Santa Madre Teresa Di Calcutta

Gioia, dopo tanto tempo inaspettatamente e quando forse, non ci pensavo, ricevo una telefonata che mi chiede di fare degli ulteriori prelievi per un'eventuale donazione di midollo. Dopo alcuni giorni la comunicazione che ero compatibile, e che una persona era in attesa.

Una piacevole sensazione, un dolce pensiero di potersi donare, brividi interminabili di felicità: è la bellezza e la forza dell'amore!!

Forse il tutto incomincia dalle mie radici, un nonno che testimonia l'amore raccontando le brutalità della guerra, e l'altro, dopo la mia nascita, salvando mia madre donandogli il sangue senza sapere minimamente se era compatibile, le nonne insegnandoci i sani principi della vita, i genitori di esempio ogni giorno.

Adesso il mio pensiero è per te: che tu guarisca in fretta, l'augurio di poter vivere la tua vita, avere un futuro felice, realizzare tutti i tuoi sogni!!!

Con affetto semplicemente:
il tuo donatore

CIAO.

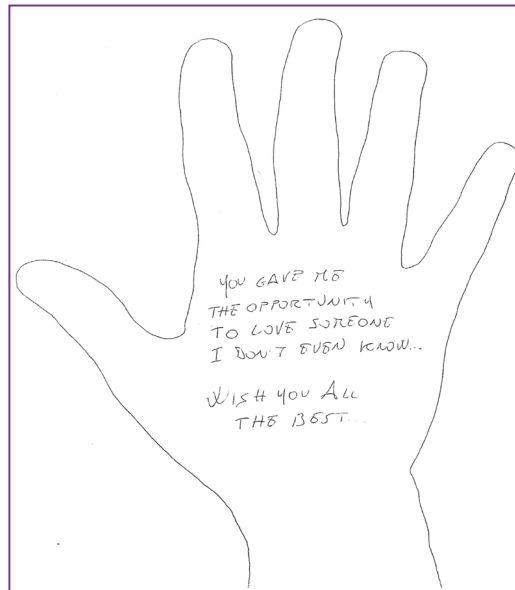
QUALCHE GIORNO PRIMA DI RICEVERE LA TELEFONATA IN CUI MI DICEVANO CHE PROBABILMENTE ERO COMPATIBILE, AVEVO CERCATO SU INTERNET ASSOCIAZIONI CHE SI OCCUPANO DI ADOZIONI A DISTANZA.

QUANDO HO SAPUTO CHE ERA ANDATO TUTTO BENE HO CAPITO DI AVER TROVATO SUBITO CHI AVEVA BISOGNO DI ME CI HO MESSO IMPEGNO ED AMORE PER FARE IN MODO CHE TUTTO ANDASSE BENE.

ORA SO DI AVERE UN GEMELLO!

TI AUGURO OGNI BENE ☺

Tuo gemellino



Caro fratello, o cara sorella,
davvero incredibile persona che sta scrivendo questa lettera senza neanche sapere chi sei, come sei, o dove sei. Tutto questo è incredibile. Mi sembra ancora tutto surreale. Io non so nulla di te, non so neanche se potrai leggere queste righe, mi commuove pensare che forse qualcun altro ti leggerà questa lettera perché magari ti sentirai stanco e debole. Caro fratello, conosco solo questo. So che stai male e hai una malattia. Posso solo lontana, mentre immagino cosa significhi avere un marito, una moglie, un figlio, un padre, una madre, in un letto di ospedale. Non conosco questa sofferenza. Ho una famiglia meravigliosa e un fidanzato stupendo, ho mie fortune e delle volte neanche me ne rendo conto. Non ho figli ma amo i bambini e un giorno vorrei avere una famiglia tutta mia. Ho iniziato questo percorso molto entusiasta e "super carica". Ero davvero felice di intraprendere questa scelta. Aiutate. Donare una parte di me per salvare qualcun'altro. Ho iniziato la terapia con il fattore di crescita e dopo il secondo giorno sono iniziati i dolori. Prima lievi poi sempre più improvvisi, forti e acuti. Sai, ho avuto paura. Vedevo le paura agli occhi delle persone che amo e avevo paura di farle soffrire. Sono stati momenti che ricorderò sempre. Ricordo sempre mio padre, il mio EROE, che mentre mi angelo spaventato mi ha abbracciato con una delicatezza inaspettata e mi ha detto "Pensa che ora tu piangi, ma poi l'altro riderà". E siamo scoppiati a ridere insieme. Lo sai? Io sono una donatrice di sangue e dopo aver compiuto 18 anni, il mio papà mi ha portata all'ospedale dove lavoro e mi ha fatto iscrivere all'AVIS. Lo stesso giorno, ha visto un volontario con su scritto "Divente donatore ADMO" e tra un sorriso e una battuta

il mio padre "tanto non ti chiameremo mai") quel giorno, quello stesso giorno, le nostre vite si sono legate. Il tuo destino si è legato al mio.

Credo nella vita, credo negli esperienze, e credo nell'esistenza di un disegno più grande di tutti noi. Credo nell'Amore. Credo nel Perdono. Credo in tutto ciò che dà ridere, sognare, piangere ed emozionare. Ed io voglio fare questo gesto perché vorrei con tutto il cuore che anche tu possa ridere, sognare, piangere di gioia ed emozionarti per l'abbraccio di un familiare, per una carezza di un bambino, per il sorriso di una persona che ami. Non conosco la sofferenza. Non conosco la tua sofferenza. Ma stringo i pugni e i denti e prego Dio perché la tua vita possa essere piena e ricca di ogni bene, perché tutti meritano di essere felici, tutti meritano di vivere. Fratello mio, che il mio gesto così piccolo possa aiutarti a vivere la tua vita, a vivere e amare. Perché se non si ama, non ha senso nulla, non ha senso vivere. Vorrei donarti un pezzo della mia vita e permetterti di vivere la vita che meriti. La vita è una cosa meravigliosa. I sentimenti sono cose meravigliose. Ed io ti voglio bene, voglio che tu sia felice. Pregherei per te, fratello mio. Abbi cura di te, promettimi che sarai FORTE. Promettimi che non ti arrenderai. Ti abbraccio e ti sono vicino, almeno una parte di me, è lì, e lotta insieme a te. Forza, Forza, Coraggio e Sorridi sempre! SONO CONTE.



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6-7-8 NOVEMBRE

ROMA

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

Reset

Italian Bone Marrow Donor Registry
Form CD109-p (V3 1/3 mar. 2019)

Follow-up donatore di PBSC

Il donatore (codice IBMDR): IT (GRID):
gestito dal CD (sigla IBMDR): sesso: M F
data di nascita: peso: Kg donatore di sangue: S N
iscritto in data: ha donato CSE da sangue periferico in data:

Esami pre-donazione	Esami sangue	
Effettuati in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) Calcemia:..... Ht:..... Piastrine:..... PT:..... aPTT:..... Fibrinogeno:..... Assetto linfocitario (CD3-CD4-CD8):..... Valutazione eseguita da: Firma:	
Esami post-donazione	Esami sangue	Problemi insorti dopo la donazione*
Controllo al 2° giorno Effettuato in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) Calcemia:..... Ht:..... Piastrine:..... aPTT:..... Fibrinogeno:..... Valutazione eseguita da: Firma:	
Controllo al 7° giorno Effettuato in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) Calcemia:..... Ht:..... Piastrine:..... PT:..... aPTT:..... Fibrinogeno:..... Valutazione eseguita da: Firma:	
Controllo a 1 mese Effettuato in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) Calcemia:..... Ht:..... Piastrine:..... PT:..... aPTT:..... Fibrinogeno:..... Valutazione eseguita da: Firma:	
Ecotomografia a 1 mese Addome superiore Effettuato in data:	Valutazione:..... Eseguita da:..... Firma:	

La comparsa di condizioni patologiche nell'arco del periodo di follow-up vanno segnalate prontamente all'IBMDR

Reset

Italian Bone Marrow Donor Registry
Form CD109-m (V4 1/2 mar. 2019)

Follow-up donatore di midollo osseo

Il donatore (codice IBMDR): IT (GRID):
gestito dal CD (sigla IBMDR): sesso: M F
data di nascita: peso: Kg donatore di sangue: S N
iscritto in data: ha donato CSE midollari in data:

Esami pre-donazione	Esami sangue	
Effettuati in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) TIBC:..... Ht:..... Piastrine:..... Sideremia:..... Ferritina:..... (V.N.) Valutazione eseguita da: Firma:	
Esami post-donazione	Esami sangue	Problemi insorti dopo la donazione*
Controllo a 1 mese Effettuato in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) TIBC:..... Ht:..... Piastrine:..... aPTT:..... Fibrinogeno:..... Ferritina:..... (V.N.) Valutazione eseguita da: Firma:	Terapia di supporto con ferro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Per quanto tempo?.....
Controllo a 3 mesi Effettuato in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) TIBC:..... Ht:..... Piastrine:..... Sideremia:..... Ferritina:..... (V.N.) Valutazione eseguita da: Firma:	Terapia di supporto con ferro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Per quanto tempo?.....
Controllo a 6 mesi Effettuato in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) TIBC:..... Ht:..... Piastrine:..... Sideremia:..... Ferritina:..... (V.N.) Valutazione eseguita da: Firma:	
Controllo a 1 anno Effettuato in data:	Hb:..... GB:..... (N..... L.....) TIBC:..... Ht:..... Piastrine:..... Sideremia:..... Ferritina:..... (V.N.) Valutazione eseguita da: Firma:	



LA REALTA' MARCHIGIANA



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

REGIONE
MARCHE



D.G.R. 2185 del 18/09/2001

**“Istituzione del Registro regionale
dei donatori di midollo osseo”**

**S.O.D. Immunologia Clinica e Tipizzazione
Tessutale**

**Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali
Riuniti Ancona**



Organizzazione Regionale

Registro Regionale AN01

Centro Donatori
AN01



Centro Donatori
AP01



Centro Donatori
MC01



STATI GENERALI

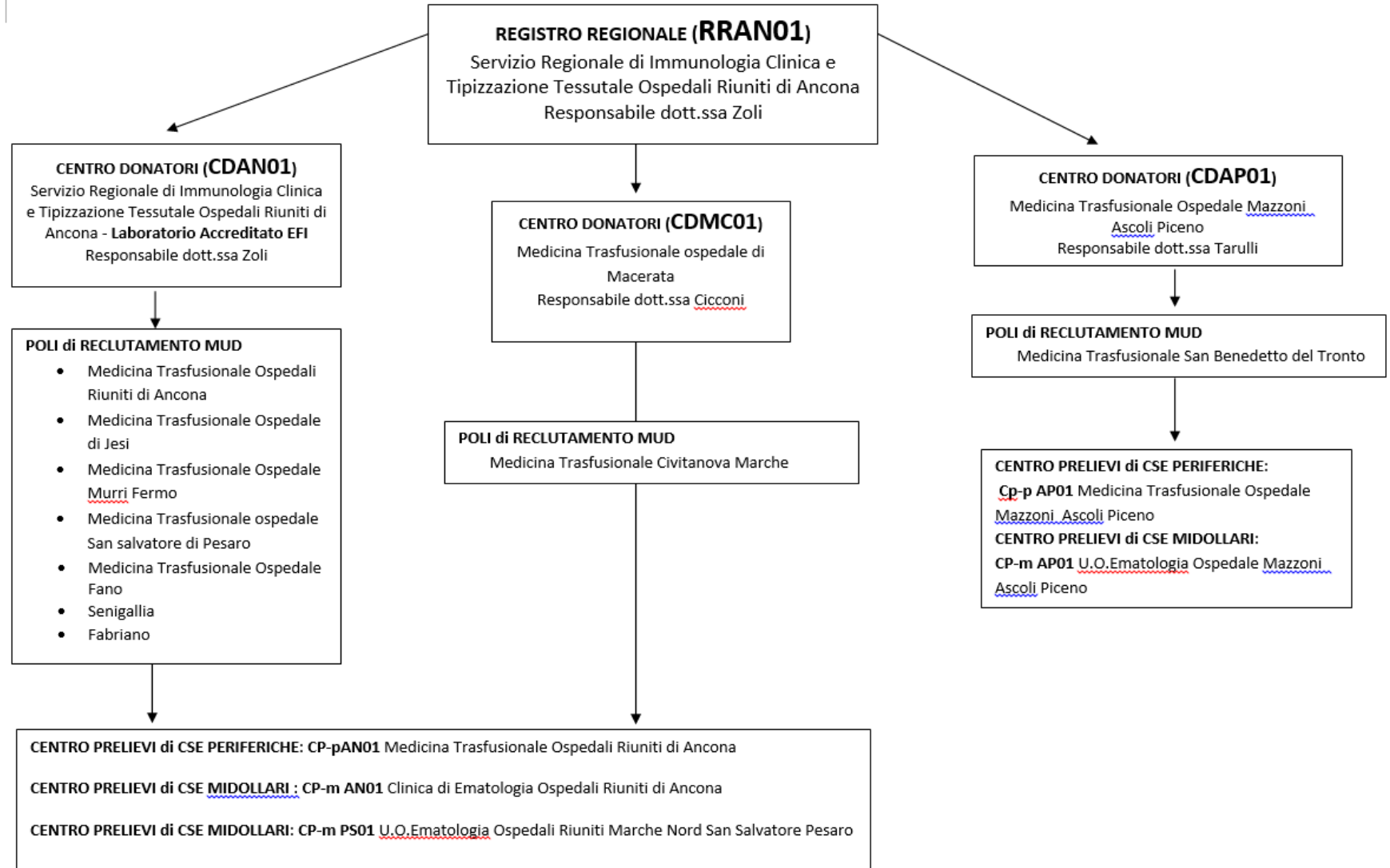


RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA

IBMDR ORGANIZZAZIONE REGIONALE



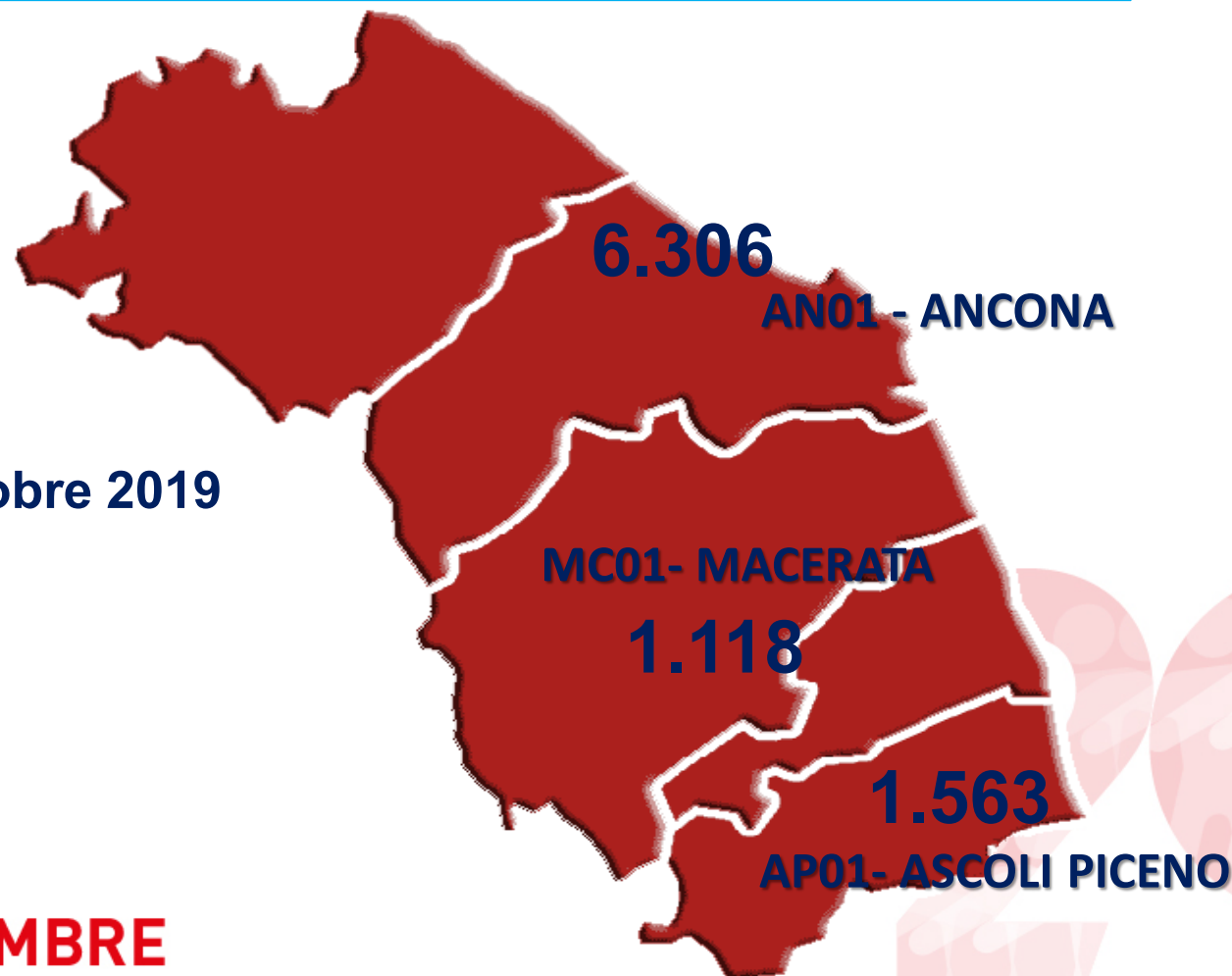
3 CD
10 PR
2 CPp
3CPm

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

Distribuzione dei donatori attivi nella regione Marche



Totali iscritti ATTIVI 8.987 ad Ottobre 2019

STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA



ADMO

ASSOCIAZIONE DONATORI
MIDOLLO OSSEO **MARCHE**



ADMO Marche

15 sedi operative
170 volontari attivi
9202 associati



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6-7-8 NOVEMBRE

ROMA

ADMO MARCHE 2019

65 eventi (piazze, teatri, palestre, stadi, scuole, università)

Spettacoli teatrali, iniziative ludiche e culturali: n. 5

Interventi in piazze e altri contesti giovanili: n. 11

Convegni e seminari pubblici: n. 5

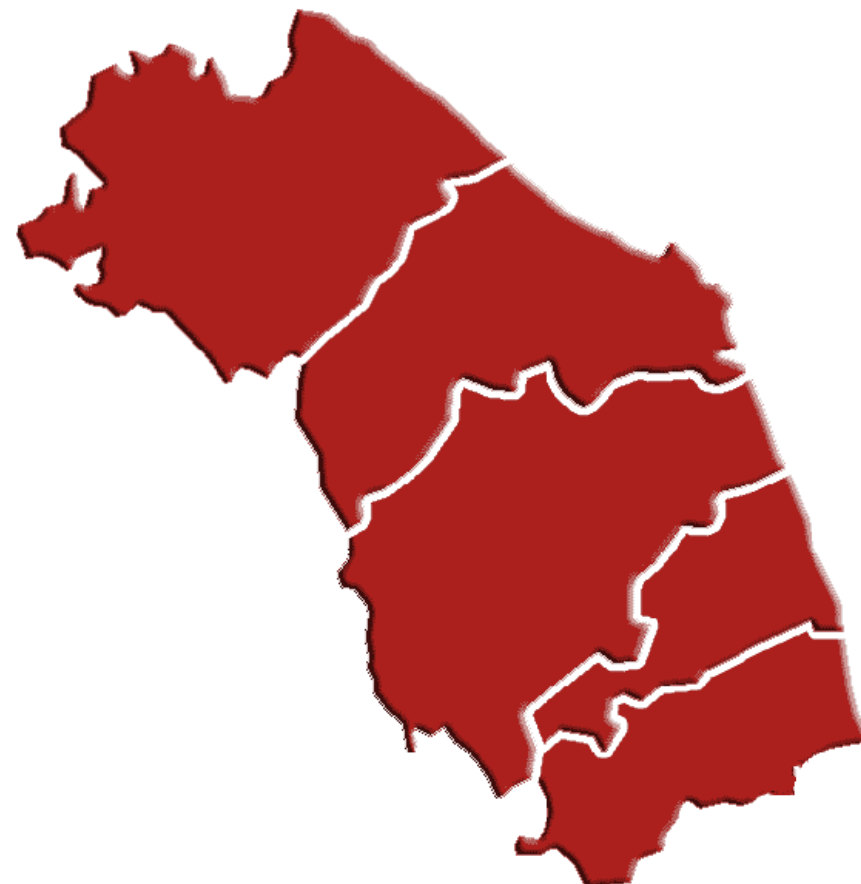
Interventi nelle scuole: 18

Interventi nelle università: n. 15

Iniziative presso aziende: n. 3

Iniziative presso palestre e stadi: 8

Oltre 5000 h di volontariato prestato



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6-7-8 NOVEMBRE

ROMA

Dal 2016

Riunione annuale regionale a fine anno per programmare attività di reclutamento

Impegni ADMO:

- ✓ Promuovere il sito on-line per nuove iscrizioni
- ✓ Riferirsi solo ai referenti dei CD per gli eventi outdoor
- ✓ Colloquio con la Regione per aiutare il RR (lab HLA)

Impegni Registro Regionale/ CD/ PR:

- ✓ Raccogliere i moduli di adesione alla Associazione ADMO alla iscrizione
- ✓ Garantire il personale medico autorizzato per gli eventi outdoor
- ✓ Preparare il materiale necessario all'evento outdoor
- ✓ Aggiornare l'Associazione sui i dati regionali
- ✓ Utilizzo dei tamponi salivari per gli eventi outdoor

STATI GENERALI

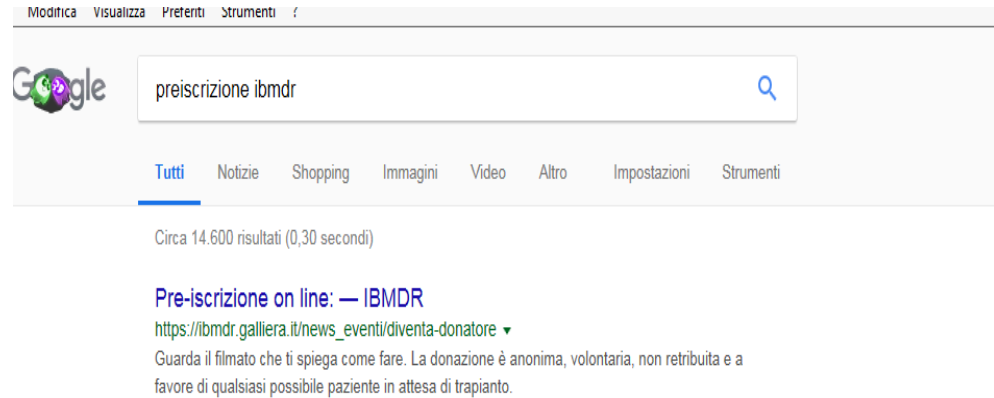


RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

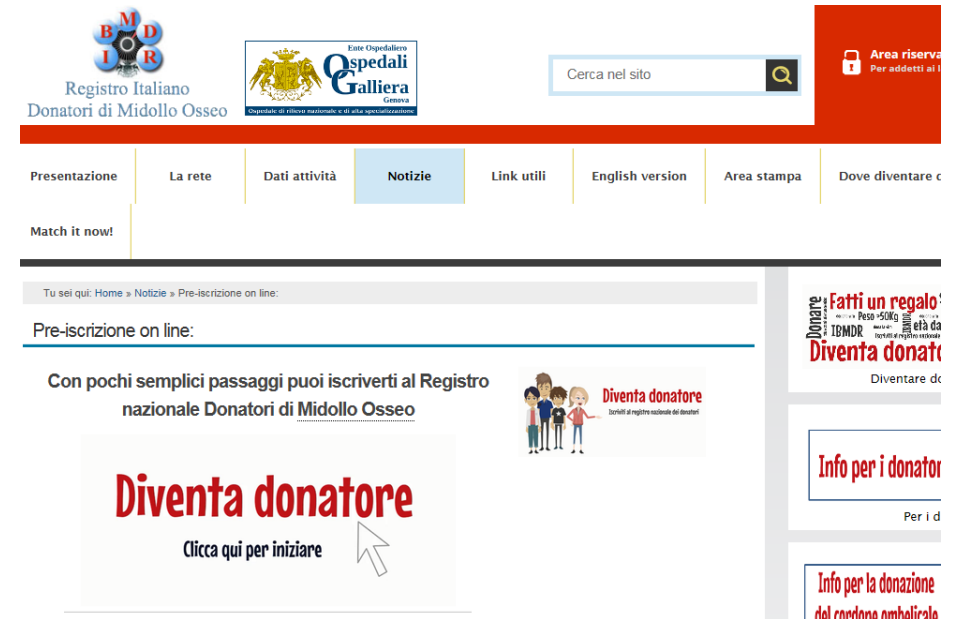
6.7.8 NOVEMBRE

ROMA

https://ibmdr.galliera.it/news_eventi/diventa-donatore



vai su google e digita **preiscrizione IBMDR** e uscirà il link dove potersi iscrivere



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

Prima regione Italiana a stilare la Convenzione richiesta dal DM del 13/11/2018

PROT. 9953 ARS/ARSIA 09/10/19



CONVENZIONE TRA REGIONE MARCHE E ASSOCIAZIONE DONATORI MIDOLLO OSSEO MARCHE

TRA

REGIONE MARCHE, con sede in Ancona, Via Gentile da Fabriano n. 3, C.F. n. 80008630420, rappresentata dal Direttore Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) Dott. Rodolfo Pasquini

E

Associazione Donatori Midollo Osseo Marche (ADMO), di seguito Associazione, con sede in Porto Sant'Elpidio, Via del Palo n. 10, C.F. 92007990416 – ONLUS, iscritta al Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato DDSS 860 del 16.12.2002, iscritta al n. 195, in data 22.8.2003, al Registro delle Persone Giuridiche istituito presso la Regione Marche, nella persona del legale rappresentante Elvezio Picchi nomina del 9.5.2019 (Consiglio Direttivo ADMO Marche Verbale n.116), domiciliato per la carica presso la sede (da aggiornare vedi nuovo statuto)

STATI GENERALI



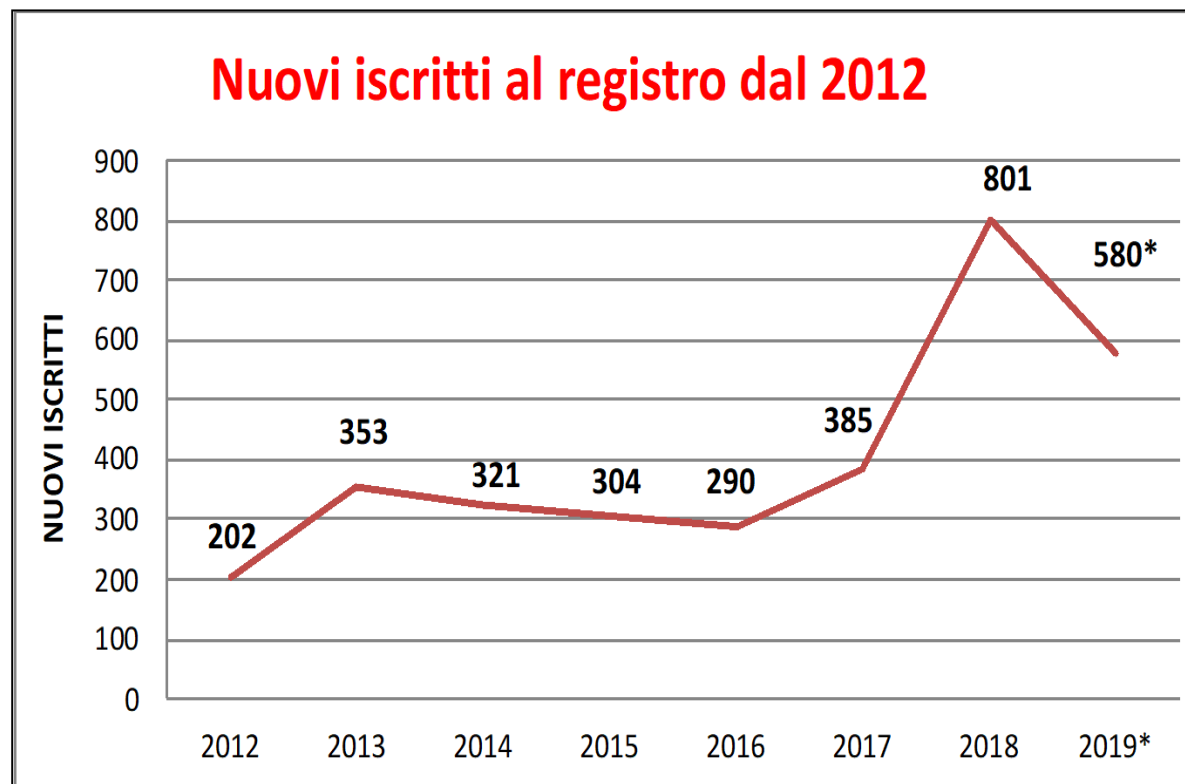
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE



ROMA

DATI DELLA REGIONE MARCHE

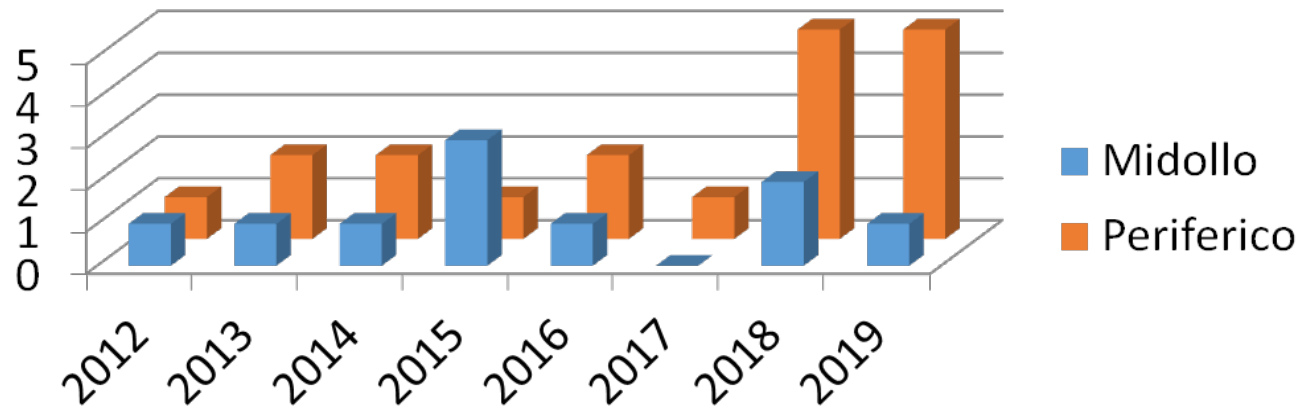


STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

DATI DELLA REGIONE MARCHE



Numero prime donazioni e sorgente CSE

Dal 1989 ad oggi sono state fatte **80** prime donazioni nelle Marche con un netto incremento negli ultimi 2 anni

Obiettivi per il futuro:

- ❑ Continuare con aumento nuove iscrizioni grazie all'aiuto della associazione ADMO e con l'utilizzo dei tamponi salivari
- ❑ Maggiore collaborazione delle Medicine Trasfusionali delle Marche (PR e CD)
- ❑ Migliorare il livello delle tipizzazioni HLA dei nuovi donatori (DQB1* e DPB1*) potenziando il laboratorio HLA di Ancona

Partecipazione ed interesse attivo della Regione per continuare tale attività



STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA

