

Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Galicia

DATOS DE FILIACIÓN DE LA MADRE-DONANTE

Nombre y Apellidos _____ **Fecha Nacimiento** _____
País nacimiento _____ **Raza** _____ **DNI** _____
Nº Seguridad social _____ **Nº historia clínica** _____
Dirección _____ **C. Postal** _____
Localidad _____ **Provincia** _____ **Teléfonos** _____

Declaro que:

- Entiendo que la Sangre del Cordón Umbilical será utilizada para realizar un trasplante para cualquier paciente que así lo precise.
- Entiendo que la información referente a mi persona y a la de mi hijo será tratada de forma confidencial y codificada de forma que quede protegida mi identidad.
- Consiento que se realice un examen clínico a mi hijo en el momento del nacimiento y otro con ocasión de la visita postnatal a los 4 meses.
- Consiento que me extraigan una muestra de sangre para la realización de los análisis exigibles (VIH, Hepatitis B y C, etc) el día del parto y después de 6 meses, que se guarden muestras de referencia para futuros análisis y se me informe de cualquier anomalía analítica detectada.
- Entiendo que no recibiré compensación económica ni de ningún otro tipo por la donación.
- Entiendo que mi consentimiento no obliga a la maternidad a recoger la sangre placentaria si se considera que las circunstancias no son idóneas.
- Sé que en ocasiones la sangre de cordón umbilical extraída puede no cumplir los requisitos para ser almacenada largo tiempo por motivos habitualmente ajenos a mi salud o a la de mi hijo. En este caso consiento que sea utilizada la sangre de cordón para control de calidad o estudios de validación.
- Notificaré al Banco de Sangre de cordón umbilical las posibles modificaciones de mis datos personales para poder ser contactada en caso necesario.
- Todos los datos referentes tanto a la historia médica familiar como a mis antecedentes clínicos y a mi actual estado de salud, detallados al dorso son ciertos.
- He leído y comprendido la información recibida, estoy satisfecha de la misma, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, doy mi consentimiento para efectuar una donación de Sangre de Cordón Umbilical. En cumplimiento del Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que los datos de carácter personal aquí recogidos forman parte de un fichero declarado ante la Agencia Española de Protección de Datos y sólo serán utilizados con la finalidad prevista.

Así mismo, la *Consellería de Sanidade*, en virtud de su condición de responsable de los ficheros y según señala el Artículo 9 de la citada ley, garantiza adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que los que están expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural.

Se me garantiza ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación previstos en la L.O. 15/1999, a través del correo electrónico y/o dirección postal que figuran en el pie de página de este documento.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento a petición de la donante o su representante autorizado.

Con fecha revoco el consentimiento informado prestado para la donación de la sangre del cordón umbilical.

Nombre y firma del personal sanitario que informa

Firma de la madre-donante

DATOS DEL PARTO

CENTRO EXTRACTOR FECHA HORA.....

Edad Gestacional Paridad: G..... P..... A C

TIPO DE PARTO: vaginal cesárea SEXO NEONATO: hombre mujer Peso neonato..... gramos

Presencia de signos clínicos de hemorragia feto-materna NO SI

Signos de aspiración de meconio por el neonato NO SI

Presencia de síntomas de infección en el neonato NO SI

MUESTRAS EXTRAÍDAS: 1 tubo EDTA a la madre 2 tubos de suero a la madre

Etiqueta código de barras

Firma y nombre del Responsable de la extracción **cargo**.....

Información sobre la donación de Sangre de Cordón Umbilical

Cuando un enfermo necesita un trasplante de progenitores hematopoyéticos, en primer lugar, se busca un donante compatible entre sus familiares más directos. Esto se consigue en alrededor del 30% de los casos.

La utilización de la sangre de cordón como fuente de estos progenitores, aumenta mucho las probabilidades de encontrar un producto compatible y que el trasplante pueda realizarse. En España, el Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO) es quién realiza las búsquedas, tanto de un donante de médula ósea como de sangre de cordón.

La donación sólo podrá efectuarse en una maternidad autorizada para realizar la extracción de sangre de cordón. La sangre del cordón se recoge tras el nacimiento del niño y después de la sección del cordón. Para ello, se realiza una simple punción del cordón umbilical, habitualmente mientras la placenta está todavía en el útero. Esta donación no alterará el desarrollo del parto y no supone riesgo para la madre ni para el recién nacido.

La madre donante no debe tener antecedentes familiares de enfermedades infecciosas o genéticas potencialmente transmisibles, ha de cumplimentar y firmar el consentimiento tras haber recibido toda la información deseada e informar al banco de cordón de cualquier enfermedad importante que pudiera ser detectada en su hijo en un futuro.

¿Qué debo hacer para donar sangre de cordón?

Informarme de si la maternidad en la que daré a luz está autorizada para realizar la extracción de sangre de cordón.

No tener antecedentes familiares de enfermedades infecciosas o genéticas potencialmente transmisibles.

Indicar mi deseo de donar sangre al personal de obstetricia que me atienda durante mi embarazo o bien en el momento del ingreso para dar a luz. Cumplimentar y firmar el consentimiento tras haber recibido toda la información deseada.

Comprometerse a notificar al banco de cordón a informar de cualquier enfermedad importante que pudiera ser detectada en su hijo en un futuro.

Historia médico-social de la madre-donante

¿Ha tenido alguna enfermedad importante a lo largo de su vida (cáncer, enfermedades de la sangre, lupus, artritis reumatoide,...)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene usted, el padre del niño/-a o alguien de sus familias alguna enfermedad hereditaria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene usted, el padre del niño/-a o alguien de sus familias alguna enfermedad que usted considere importante?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido operada en alguna ocasión? ¿Cuándo y de qué?		
¿Ha sido tratada en alguna ocasión con hormona de crecimiento de origen humano o ha recibido injerto de duramadre o ha sido trasplantada con células vivas, tejidos u órganos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha padecido, padece o es portadora crónica de enfermedades transmisibles por la sangre (Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis de causa desconocida, SIDA, Sífilis, Lepra, Enf. de Chagas, HTLV, Enfermedad Creutzfeldt-Jacob,...)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Es usted drogadicta o tiene antecedentes de drogadicción?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha realizado en los últimos 5 años prácticas de riesgo de SIDA (p.e. Mantener relaciones sexuales con múltiples personas, con personas consumidoras de drogas por vía intravenosa o a cambio de dinero o drogas,...)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido transfusiones de sangre, derivados sanguíneos o trasplante alguna vez?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuándo y dónde?		
¿Ha tenido contacto directo en los últimos 6 meses con personas que padezcan o sean portadores crónicos de hepatitis B, hepatitis C,...?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha estado expuesto accidentalmente a la sangre o instrumentos contaminados?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿En los últimos 6 meses le han realizado: perforación para pendientes o "piercing", algún tatuaje o acupuntura con agujas no desechables?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Le han realizado algún examen endoscópico, implantación de catéteres en los últimos 6 meses? ¿Ha sido sometida a procesos de hemodiálisis?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha residido o viajado en los últimos 12 meses fuera de España? ¿En qué país?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha tenido fiebre tras su estancia fuera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Ha residido más de 1 año acumulativo en el Reino Unido durante el período comprendido entre 1980 y 1996, ambos inclusive?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha nacido usted, el padre o los abuelos del niño/-a fuera de España?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿En qué país?		
¿Ha padecido brucelosis, toxoplasmosis, fiebre reumática o tuberculosis tratada en los 2 últimos años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se ha vacunado en los últimos 3 meses? ¿De qué y cuándo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha estado en contacto en las últimas 8 semanas con alguien que haya recibido la vacuna de la varicela?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido Gammaglobulina anti-D durante su embarazo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Su embarazo es consecuencia de inseminación artificial (con semen de donante) o donación de ovocitos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha estado usted enferma o ha tenido algún problema durante el embarazo? ¿Está tomando alguna medicación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido diagnosticada de alguna enfermedad infecciosa como Enfermedad de virus del Nilo, Enfermedad por virus Zika... o la han informado de resultados positivos en algún test diagnóstico de enfermedades infecciosas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene usted alguno de estos síntomas: fiebre >38°C, debilidad muscular, rash cutáneo, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea persistente o ictericia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, informe detalladamente:

.....

.....

.....