

Banco de Sangue de Cordón Umbilical de Galicia

DATOS DE FILIACIÓN DA NAI-DOADORA

Nome e Apelidos _____ Data Nacemento _____
 País nacemento _____ Raza _____ DNI _____
 Nº Seguridade social _____ Nº _____ historia _____ clí-
 nica _____
 Dirección _____ C. Postal _____
 Localidade _____ Provincia _____ Teléfonos _____

Declaro que:

- Entendo que o Sangue do Cordón Umbilical será utilizado para realizar un transplante para calquera paciente que así o precise.
- Entendo que a información referente á miña persoa e á do meu fillo será tratada de forma confidencial e codificada de forma que quede protexida a miña identidade.
- Consinto que se realice un exame clínico ao meu fillo no momento do nacemento e outro con ocasión da visita posnatal aos 4 meses.
- Consinto que me extraían unha mostra de sangue para a realización das análises esixibles (VIH, Hepatite B e C, etc.) o día do parto e despois de 6 meses, que se garden mostras de referencia para futuras análises e se me informe de calquera anomalía analítica detectada.
- Entendo que non recibirei compensación económica nin de ningún outro tipo pola doazón.
- Entendo que o meu consentimento non obriga a maternidade a recoller o sangue placentaria se se considera que as circunstancias non son idóneas.
- Sei que en ocasións o sangue de cordón umbilical extraído pode non cumprir os requisitos para ser almacenada longo tempo por motivos habitualmente alleos á miña saúde ou á do meu fillo. Neste caso consinto que sexa utilizado o sangue de cordón para control de calidade ou estudos de validación.
- Notificarei ao Banco de Sangue de cordón umbilical as posibles modificacións dos meus datos persoais para poder ser contactada en caso necesario.
- Todos os datos referentes tanto á historia médica familiar coma aos meus antecedentes clínicos e ao meu actual estado de saúde, detallados ao dorso son certos.
- Lin e comprendín a información recibida, estou satisfeita desta, puiden formular todas as preguntas que crin conveniente e aclaráronme todas as dúbidas formuladas.

En consecuencia, dou o meu consentimento para efectuar unha doazón de Sangue de Cordón Umbilical. En cumprimento do Artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, comunicámoslle que os datos de carácter persoal aquí recollidos forman parte dun ficheiro declarado ante a Axencia Española de Protección de Datos e serán utilizados coa finalidade prevista.

Así mesmo, a Consellería de Sanidade, en virtude da súa condición de responsable dos ficheiros e segundo sinala o Artigo 9 da citada lei, garante adoptar as medidas de índole técnica e organizativas necesarias que garantan a seguridade dos datos de carácter persoal e eviten a súa alteración, perda, tratamento ou acceso non autorizado, tendo en conta o estado da tecnoloxía, a natureza dos datos almacenados e os riscos a que os que están expostos, xa proveñan da acción humana ou do medio físico ou natural.

Garánteseme exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación, oposición e revogación previstos na L.O. 15/1999, a través do correo electrónico e/ou dirección postal que figuran no pé de páxina deste documento.

Nome e sinatura do persoal sanitario que informa..... Sinatura da nai-doadora

REVOGACIÓN DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Este consentimento pode ser revogado en calquera momento a petición da doadora ou o seu representante autorizado.
 Con data..... revogo o consentimento informado prestado para a doazón do sangue do cordón umbilical.

Nome e data do persoal sanitario que informa _____ Sinatura da nai-doadora _____

DATOS DEL PARTO

CENTRO EXTRACTOR..... DATA HORA.....

Idade xestacional Paridade: G..... P..... A..... C.....

TIPO DE PARTO: vaxinal cesárea SEXO NEONATO: home muller Peso neonato..... gramos

Presenza de signos clínicos de hemorraxia feto-materna NON SI

Signos de aspiración de meconio polo neonato NON SI

Presenza de síntomas de infección no neonato NON SI

MOSTRAS EXTRAÍDAS: 1 tubo EDTA á nai 2 tubos de soro á nai

Etiqueta código de barras

Sinatura e nome do Responsable da extracción cargo.....

Información sobre a doazón de Sangue de Cordón Umbilical

Cando un enfermo necesita un transplante de proxenitores hematopoéticos, en primeiro lugar búscase un doador compatible entre os seus familiares máis directos. Isto conséguese en arredor do 30% dos casos.

A utilización do sangue de cordón como fonte destes proxenitores, aumenta moito as probabilidades de encontrar un produto compatible e que o transplante poida realizarse. En España, o Rexistro Español de Doadores de Medula Ósea (REDMO) é quen realiza as buscas, tanto dun doador de medula ósea coma de sangue de cordón.

A doazón só poderá efectuarse nunha maternidade autorizada para realizar a extracción de sangue de cordón. O sangue do cordón recóllese tras o nacemento do neno e despois da sección do cordón. Para iso, realízase unha simple punción do cordón umbilical, habitualmente mentres a placenta está aínda no útero. Esta doazón non alterará o desenvolvemento do parto e non supón risco para a nai nin para o recen nacido.

A nai doadora non debe ter antecedentes familiares de enfermidades infecciosas ou xenéticas potencialmente transmisibles, ha de cumprir e asinar o consentimento tras recibir toda a información desexada e informar o banco de cordón de calquera enfermidade importante que puidese ser detectada no seu fillo nun futuro.

Que debo facer para doar sangue de cordón?

Informarme de se a maternidade na que darei a luz está autorizada para realizar a extracción de sangue de cordón.

Non ter antecedentes familiares de enfermidades infecciosas ou xenéticas potencialmente transmisibles.

Indicar o meu desexo de doar sangue ao persoal de obstetricia que me atenda durante o meu embarazo ou ben no momento do ingreso para dar a luz. Cumprir e asinar o consentimento tras recibir toda a información desexada.

Comprometerse a notificar ao banco de cordón calquera enfermidade importante que puidese ser detectada no seu fillo nun futuro.

Historia médico-social da nai-doadora

Tivo algunha enfermidade importante ao longo da súa vida (cancro, enfermidades do sangue, lupus, artrite reumática...)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Ten vostede, o pai do neno/-a ou alguén das súas familias algunha enfermidade hereditaria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Ten vostede, o pai do neno/-a ou alguén das súas familias algunha enfermidade que vostede considere importante?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Foi operada nalgunha ocasión? Cando e de que?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Foi tratada nalgunha ocasión con hormona de crecemento de orixe humana ou recibiu enxerto de duramáter ou foi transplantada con células vivas, tecidos ou órganos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Padeceu, padece ou é portadora crónica de enfermidades transmisibles polo sangue (Hepatite B, Hepatite C, Hepatite de causa descoñecida, SIDA, Sífilis, Lepra, Enf. de Chagas, HTLV, Enfermidade Creutzfeldt-Jacob...)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
É vostede drogadicta ou ten antecedentes de drogadicción?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Realizou nos últimos 5 anos prácticas de risco de SIDA (p.e. Manter relacións sexuais con múltiples persoas, con persoas consumidoras de drogas por vía intravenosa ou a cambio de diñeiro ou drogas...)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Recibiu transfusións de sangue, derivados sanguíneos ou transplante algunha vez? Cando e onde?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Tivo contacto directo nos últimos 6 meses con persoas que padezan ou sexan portadores crónicos de hepatite B, hepatite C...? Estivo exposto accidentalmente ao sangue ou instrumentos contaminados?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Nos últimos 6 meses realizáronlle: perforación para pendentes ou "piercing", algunha tatuaxe ou acupuntura con agullas non desbotables?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Realizáronlle algún exame endoscópico, implantación de catéteres nos últimos 6 meses? Foi sometida a procesos de hemodiálise?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Residiu ou viaxou nos últimos 12 meses fóra de España? En que país?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Tivo febre tras a súa estancia fóra? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		
Residiu máis de 1 ano acumulativo no Reino Unido durante o período comprendido entre 1980 e 1996, ambos os dous inclusive?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Naceu vostede, o pai ou os avós do neno/-a fóra de España? En que país?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Padeceu brucellose, toxoplasmose, febre reumática ou tuberculose tratada nos 2 últimos anos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Vacinouse nos últimos 3 meses? De que e cando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Estivo en contacto nas últimas 8 semanas con alguén que recibise a vacina da varíola?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Recibiu Gammaglobulina anti-D durante o seu embarazo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
O seu embarazo é consecuencia de inseminación artificial (con seme de doador) ou doazón de oocitos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Estivo vostede enferma ou tivo algún problema durante o embarazo? Está a tomar algunha medicación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Foi diagnosticada dalgunha enfermidade infecciosa como Enfermidade de virus do Nilo, Enfermidade por virus Zika... ou a informaron de resultados positivos nalgún test diagnóstico de enfermidades infecciosas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
Ten vostede algún destes síntomas: febre >38°C, debilidade muscular, rash cutáneo, inflamación dos ganglios, sudación nocturna, diarrea persistente ou ictericia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON

En caso de que algunha resposta sexa afirmativa, informe detalladamente:

.....

.....

.....