



Centro Regional de Transfusión
Banco Sectorial de Tejidos. Málaga
Banco de Sangre de Cordón Umbilical, Andalucía
Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud

DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL: INFORME DE EXTRACCIÓN

Fecha del parto _____ Hora _____
Dña _____
DNI _____, Edad _____, Fecha nacimiento _____,
Con domicilio en _____ En la calle _____
nº _____, Código Postal _____, Ciudad _____
Provincia _____, Teléfono Fijo _____ Movil _____

RECOGIDA DE DATOS (Cumplimentar por personal de partos)

Identificación (pegar etiqueta código de barras). **Nombre apellidos y firma de la matrona:**

Bolsa de extracción: Marca comercial _____ Numero de lote _____ Caducidad _____

Hospital: _____

- N° de embarazos previos: _____
- N° semanas de gestación: _____
- Sexo del R.N.: _____ Etnia materna _____
- Duración del parto: _____
- Tipo de parto: Eutocico ___ Distocico: Cesarea _____ Instrumental _____
- Incidencia relevante durante el embarazo _____
- Resultados de las pruebas analíticas realizadas _____
- Incidencias y/o reacciones adversas _____
- Acción a tomar y tratamiento si procede _____
- Ha padecido (marcar en caso positivo):

Fiebre materna de más de 38° C

Rotura de membrana más de 12 horas

RPBF (riesgo de pérdida de bienestar fetal)

Meconio en líquido amniótico

Incompatibilidad fetomaterna

Portadora de estreptococo β -hemolítico del grupo B (EGB)

Remitir esta hoja cumplimentada al Banco de Cordón, junto con el resto de elementos de la donación.

Teléfono de 24 horas: 951 03 41 08 (corporativo: 93 41 08)

EVALUACIÓN MEDICO SOCIAL DE LA DONANTE DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

Lea detenidamente este cuestionario, conteste y si tiene alguna duda pregunte al responsable medico	SI	NO
¿Es mayor de edad?		
¿Se considera con plena capacidad de obrar y goza de buena salud?		
¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad de origen desconocido?¿Cuales?		
¿Padece alguna enfermedad del sistema auto inmune: lupus eritematoso, artritis reumatoide...etc.)? En caso afirmativo diga cual		
¿Ha padecido o padece en este momento algún tipo de cáncer? En caso afirmativo diga cual.		
¿Ha padecido o padece alguna de estas enfermedades: hepatitis, sífilis, sida, HTLVI/II, Chagas, Creutfeldt-Jacob (vacas locas) u otra de tipo infeccioso que recuerde?		
¿Tiene usted, el padre de su hijo o alguien de las dos familias, alguna enfermedad hereditaria u otra que considera importante? En caso afirmativo diga cual y quien la padece		
¿Ha tomado o se ha expuesto a alguna sustancia toxica como cianuro, plomo, mercurio, oro...etc.?		
¿Ha recibido tratamiento con hormona de crecimiento de origen humano antes del año 1986?		
¿Pertenece a algún grupo de riesgo: drogas, relaciones con más de una pareja...etc.?		
¿En los últimos cuatro meses ha recibido acupuntura, se ha realizado tatuajes o pendientes?		
¿Ha vivido en el Reino Unido entre los años 1980 y 1996 por un periodo acumulativo superior a 12 meses?		
¿Le han puesto sangre alguna vez? En caso afirmativo, indique: ¿Donde? ¿Cuando?		
¿Ha sido trasplantada de algún órgano o tejido?		
¿El embarazo ha sido consecuencia de donación de óvulos o esperma?		
¿Es su país de origen España? En caso contrario, indique, su país de origen El de su pareja El de los abuelos		
¿Ha realizado en los últimos seis meses algún viaje? En caso afirmativo, indique ¿Donde?		
¿Ha tenido algún proceso febril en el mismo viaje o a su vuelta?		
¿Se ha vacunado en los últimos tres meses? En caso afirmativo, indique cual		
¿Está tomando alguna medicación? Indique cual		

La donante tiene una exploración física normal sin signos que contraindiquen la donación de scu.

Fdo (Personal sanitario).

Fecha.