



Fecha del parto \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Doña \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_ En la calle \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_, Ciudad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_, Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre apellidos del padre \_\_\_\_\_

**RECOGIDA DE DATOS** (Cumplimentar por personal de partos)

**Identificación** (pegar etiqueta código de barras).

**Nombre apellidos y firma del personal sanitario que realiza la extracción:**

\_\_\_\_\_

Bolsa de extracción: Marca comercial \_\_\_\_\_ Numero de lote \_\_\_\_\_ Caducidad \_\_\_\_\_

**Hospital:** \_\_\_\_\_

- Nº de embarazos previos: \_\_\_\_\_ Etnia materna \_\_\_\_\_
- Nº semanas de gestación: \_\_\_\_\_ Gestación única \_\_\_\_\_ Gestación Múltiple nº \_\_\_\_\_
- Sexo del R.N.: \_\_\_\_\_ T. Apgar \_\_\_\_\_ Extra dígitos \_\_\_\_\_
- Ausencia de pulgar \_\_\_\_\_ Estado salud RN \_\_\_\_\_ RN dismórfico. \_\_\_\_\_
- Duración del parto: \_\_\_\_\_
- Tipo de parto: Eutócico \_\_\_\_\_ Distócico: 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  $\beta$ -hemolítico del grupo B (EGB)
  - Perfusión de mas de dos litros de líquidos una hora antes de la donación

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 usted o su pareja antecedentes de alguna enfermedad de origen desconocido? ¿Cuáles?		
¿Padece usted o su pareja alguna enfermedad auto inmune: lupus eritematoso, artritis reumatoide...etc.)? En caso afirmativo diga cual		
¿Ha padecido o padece usted o su pareja en este momento algún tipo de cáncer? En caso afirmativo diga cual.		
¿Ha padecido o padece usted o su pareja alguna de estas enfermedades: hepatitis, sífilis, sida, HTLV/II, Chagas, Creutfeldt-Jacob (vacas locas) u otra de tipo infeccioso que recuerde? Virus del Nilo Occidental, Chikungunya, Zika .....		
¿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 usted o su pareja a algún grupo de riesgo: drogas, relaciones con más de una pareja...etc.?		
¿En los últimos cuatro meses ha recibido usted o su pareja, 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 usted o su pareja, sangre alguna vez? En caso afirmativo, indique: ¿Donde? ¿Cuando? ¿Por qué?		
¿Ha sido trasplantada usted o su pareja 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 usted o su pareja en los últimos dos años algún viaje? En caso afirmativo, indique ¿Donde?		
¿Han tenido algún proceso febril en el mismo viaje o a su vuelta? lesiones en la piel: enrojecimiento, vesículas? Artralgias, conjuntivitis?		
¿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.

<b>Firma personal sanitario</b>	<b>Fecha</b>	<b>Actualizado a fecha de parto si procede. Fecha</b>
---------------------------------	--------------	---

**La donante verifica lo reflejado en este cuestionario**

**Firma donante**

Identidad del Traductor si se requiere:.....

Donación SCU válida para procesamiento SI  NO

Firma Responsable BSCU.....