

**DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE DE CORDÓN
UMBILICAL:
INFORME DE EXTRACCIÓN**



Fecha del parto _____ Hora _____

Doña _____ NUSSA _____

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 _____ Número de lote _____ Caducidad _____

Tubos sangre materna: Marca comercial _____ Número de lote _____ Caducidad _____

Hemodilución: SI ☐ NO ☐

Desinfectante: Marca comercial _____ Número de lote _____ Caducidad _____

Hospital: _____

- Nº de embarazos previos: _____ Etnia materna _____ Etnia R.Nacido _____
- 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
 - RPB (riesgo de pérdida de bienestar fetal)
 - Portadora de estreptococo β -hemolítico del grupo B (EGB)
 - Perfusión de más de dos litros de líquidos una hora antes de la recogida de sangre materna.
 -

Meconio en líquido amniótico

Incompatibilidad fetomaterna

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)

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, HTLVII/II, Chagas, Creuttfeldt-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? En caso afirmativo, indique el Banco de procedencia de los gametos		
¿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 15 meses previos al parto 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 las últimas cuatro semanas? 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.

Firma personal sanitario

Fecha

**Actualizado a fecha de parto
si procede. Fecha**

La donante verifica lo reflejado en este cuestionario

Firma donante

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

Donación SCU válida para procesamiento (A cumplimentar por Banco de Cordón)

Firma Responsable BSCU.....

SI

NO

☐
☐