



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

Centro de Transfusión, Tejidos y
Células de Málaga

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 _____

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 β -hemolítico del grupo B (EGB)
 - Perfusión de más de dos litros de líquidos una hora antes de la recogida de sangre materna.

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)

