



# BANC DE LLET MATERNA

## DONACIÓ DE LLET MATERNA

Centre responsable  
de la selecció de la donant  
(nom i codi)

---

---

---

Número de donació  
(etiqueta)

Nom	_____
Cognoms	_____
Data de naixement	_____
DNI	_____
País de naixement	_____
Adreça	_____
Codi postal	_____
Població	_____
Telèfon	_____
Mòbil	_____
E-mail	_____
Idioma preferent	<input type="checkbox"/> Català <input type="checkbox"/> Castellà

Número de donant	_____
<b>MOSTRES</b>	_____
Data i hora de selecció	_____
Mostres obtingudes per serologies al BST	_____
<input type="checkbox"/> Tub sèrum (groc)	<input type="checkbox"/> 2 tubs EDTA (lila)
<input type="checkbox"/> Determinació de vitamina B <sub>12</sub> tub sèrum (tap vermell)	
Data i hora d'obtenció	_____
Incidències	_____
Observacions	_____

**Amb la signatura, la donant confirma que ha comprès la informació que se li ha proporcionat i que ha contestat totes les preguntes del formulari.**

### DONACIÓ DE LLET MATERNA I BIOBANC

Conec que la donació de llet materna és voluntària i altruista i, en conseqüència, que tampoc rebré cap compensació econòmica en cas que les investigacions autoritzades amb el producte de la donació puguin generar beneficis.

#### Declaro que:

- He rebut informació complementària i comprensible referent a:
  - Els motius que justifiquen les causes d'exclusió i de la no-acceptació de la llet donada i també la importància del consentiment.
  - La possibilitat de suspendre o excloure la donació en qualsevol moment i de revocar, també en qualsevol moment, el consentiment per conservar el producte o destinar-lo a fins d'investigació, si fos necessari.
  - El compromís que es garantirà la traçabilitat de la donació i que s'oferirà la informació que s'obtingui de les anàlisis, si són importants per a la meua salut.
  - La importància que informi sobre qualsevol malaltia posterior a la donació que pogués comprometre l'ús de la llet materna donada.
- He entès la informació i han resolt satisfactòriament les preguntes que, donades les circumstàncies, he plantejat.
- És cert i verídic tot el que he contestat al qüestionari.

#### Consento que:

- Se'm realitzi l'extracció de sang perquè em siguin practicades totes les proves analítiques necessàries de seguretat per al posterior ús de la llet als nadons que la requereixin.
- Mantenint l'anonimat de la donació, es conservi la llet materna donada al Biobanc que el Banc de Sang i Teixits té reconegut, amb la finalitat de la seva aplicació en activitats d'investigació biomèdica autoritzades que tinguin com a objectiu progressar en el coneixement de la prevenció, el diagnòstic, el pronòstic i/o tractament de malalties així com millorar els sistemes de control biomèdic.

### TRACTAMENT DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL

#### Declaro que:

- Se m'ha informat, en compliment del que és obligatori, que les meves dades de caràcter personal s'incorporaran, tal com és necessari, al fitxer del Registre de Donants de Sang de Catalunya que gestiona el BST i del qual és titular la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries del Departament de Salut, amb la finalitat imprescindible de regir adequadament el procés de donació.
- Se m'ha garantit que les dades es conservaran confidencialment, sotmeses a mesures de seguretat d'alt nivell, sense perjudici de les excepcions que estableixen les lleis.
- Entenc que, sempre que vulgui, em podré adreçar al responsable del fitxer (BST, pg. Taulat, 116, 08005 Barcelona, tel. 93 557 35 00) a fi d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, oblit, limitació del tractament i portabilitat de les dades, d'acord amb els termes normatius aplicables.

#### Consento que:

- El Banc de Sang i Teixits (BST) pugui utilitzar les meves dades de caràcter personal per comunicar-me la informació que consideri d'interès sobre la donació.
- El BST faciliti a les empreses logístiques les dades estrictament necessàries per gestionar la recollida de les donacions. Aquestes empreses es comprometen a respectar la política del BST sobre confidencialitat i protecció de dades de caràcter personal dels interessats.
- El BST faciliti a organitzacions que fan trameses de correu postal o enviaments de correu electrònic les meves dades imprescindibles per informar-me només sobre aspectes relacionats amb la donació de llet. Aquests tercers es comprometen a respectar la política del BST sobre confidencialitat i protecció de dades de caràcter personal dels interessats.

Pots consultar la política de protecció de dades a [bancsang.net](http://bancsang.net) o demanar-la als espais de donació.

Nom i cognoms de la donant	Signatura
_____	_____

## HISTÒRIA OBSTÈTRICA

Data del part

Eutòcic  Cesària Setmanes de gestació

Embaràs múltiple  sí  no

Nom del nadó (1)

Nom del nadó (2)

Nom del nadó (3)

Tens llet extreta prèviament per donar-la al banc?  sí  no

En cas afirmatiu, especificar motiu (mort del nadó, producció elevada...)

Fill/a ha estat ingressat/da  sí  no

Fill/a viu/viva  sí  no

Si la resposta és **NO**

Mort:  Intrauterina  Intrapart  Postpart

Data de la mort

Vols continuar amb la donació?  sí  no

Si la resposta és **NO** (només vols donar la que ja tens extreta)

On tens la llet guardada?

## HISTÒRIA CLÍNICA

• Febre / malestar general en les darreres dues setmanes  sí  no

• Malalties prèvies (neoplàsiques,...)  sí  no

Especificar

Compatibles amb la donació de llet  sí  no

Data fi exclusió

• Transfusió sanguínia, trasplantament d'òrgans, diàlisi, acupuntura, endoscòpia  sí  no

Especificar

Data fi exclusió

• Malalties actuals: infeccions actives, dentista, intervenció...  sí  no

Especificar

Compatibles amb la donació de llet  sí  no

Data fi exclusió

• Tractament amb Neotigason®, Roacutan®, Tigason® o Isotrex® per problemes de pell  sí  no

Data fi exclusió

• Medicaments i homeopatia  sí  no

Especificar

Compatibles amb la donació de llet  sí  no

Data fi exclusió

• Vacuna de virus atenuats  sí  no

Especificar

Data fi exclusió

• Antecedents familiars malaltia de Creutzfeld-Jakob  sí  no

• Antecedent de tractament amb hormona pituitària abans de 1987, factors de coagulació  sí  no

• Trasplantament de còrnia o duramàter  sí  no

• Infecció per VIH, hepatitis B, hepatitis C, HTLV I-II, sífilis  sí  no

## HISTÒRIA SOCIAL

• Tabac  sí  no

• Alcohol  sí  no

• Cafeïna (>200 mg/dia en total: xocolata+cafè+te+cola)  sí  no  
(Informar de les hores d'exclusió)

• Drogues

Injectable  sí  no

No injectable  sí  no

Data fi exclusió

• Infusions, suplementos alimentaris, olis essencials o multivitamínics  sí  no

Especificar (informar de les hores d'exclusió)

• Dieta vegetariana  sí  no

Especificar el tipus de vegetarianisme

• Tatatge o pírcing  sí  no

Data fi exclusió

• Viatges fora de Catalunya els últims 6 mesos  sí  no

Província espanyola o país

Data de tornada

• Contacte amb persones amb malalties infeccioses contagioses confirmades  sí  no

Data fi exclusió

• Estància al Regne Unit entre 1980 i 1996, més d'1 any  sí  no

• La donant, la seva mare o l'àvia materna són natives de centreamèrica o sud-amèrica?  sí  no

Considero que la donant és

**NO APTA**

**APTA amb analítica UNIVERSAL**

CHAGAS

WNV

Nom i cognoms de la persona responsable de l'entrevista

Data

Signatura

## CONTACTA AMB NOSALTRES SI DURANT EL PERÍODE DE DONACIÓ:



Prens algun medicament  
o suplement vitamínic



Tens alguna infecció o malaltia



Consumeixes alguna infusió, herba,  
oli essencial o homeopatia



Segueixes alguna teràpia  
o tens alguna intervenció



Han passat 4 setmanes de la primera extracció  
de llet conservada per donar



Vols deixar de ser donant



Tens qualsevol dubte

Recorda que has de seguir les instruccions de manipulació i conservació que et proporcionem en el kit de la donant per a que la teva donació sigui apta per poder administrar-la a un bebè prematur.

