



BANC DE LLET MATERNA

DONACIÓN DE LECHE MATERNA

Centro responsable de
la selección de la donante
(nombre y código)

Número de donación
(etiqueta)

Nombre	<hr/>
Apellidos	<hr/>
Fecha de nacimiento	<hr/>
DNI	<hr/>
País de nacimiento	<hr/>
Dirección	<hr/>
Código postal	<hr/>
Población	<hr/>
Teléfono	Móvil <hr/>
E-mail	<hr/>
Idioma preferente	<input type="checkbox"/> Catalán <input type="checkbox"/> Castellano

Número de donante	<hr/>
MUESTRAS	<hr/>
Fecha y hora de selección	<hr/>
Muestras obtenidas por serologías en el BST	<hr/>
<input type="checkbox"/> Tubo suero (amarillo)	<input type="checkbox"/> 2 tubos EDTA (violeta)
<input type="checkbox"/> Determinación de vitamina B ₁₂ tubo suero (tapón rojo)	
Fecha y hora de obtención	<hr/>
Incidencias	<hr/>
Observaciones	<hr/>

Con la firma, la donante confirma que ha comprendido la información que se le ha proporcionado y que ha contestado todas las preguntas del formulario.

DONACIÓN DE LECHE MATERNA Y BIOBANCO

Conozco que la donación de leche materna es voluntaria y altruista y, en consecuencia, que no recibiré ninguna compensación económica ni siquiera en caso de que las investigaciones autorizadas con el producto de la donación puedan generar beneficios.

Declaro que:

- He recibido información complementaria y comprensible referente a:
 - Los motivos que justifican las causas de exclusión y de la no aceptación de la leche donada así como la importancia del consentimiento.
 - La posibilidad de suspender o excluir la donación en cualquier momento y de revocar, también en cualquier momento, el consentimiento para conservar el producto o destinarlo a fines de investigación, si fuera necesario.
 - El compromiso que se garantizará la trazabilidad de la donación y que se ofrecerá la información que se obtenga de los análisis, si son importantes para mi salud.
 - La importancia que informe sobre cualquier enfermedad posterior a la donación que pudiese comprometer el uso de la leche materna donada.
- He entendido la información y han resuelto satisfactoriamente las preguntas que, dadas las circunstancias, he planteado.
- Es cierto y verídico todo lo que he contestado en el cuestionario.

Consiento que:

- Se me realice la extracción de sangre para que me sean practicadas todas las pruebas analíticas necesarias de seguridad para el posterior uso de la leche a los recién nacidos que la requieran.
- Manteniendo el anonimato de la donación, se conserve la leche materna donada en el Biobanco que el Banc de Sang i Teixits tiene reconocido, con el fin de su aplicación en actividades de investigación biomédica autorizadas que tengan como objetivo progresar en el conocimiento de la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y/o tratamiento de enfermedades así como mejorar los sistemas de control biomédico.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Declaro que:

- Se me ha notificado, según es de obligado cumplimiento, que mis datos de carácter personal serán incorporados, por ser necesario, al fichero del Registro de Donantes de Sangre de Cataluña que gestiona el BST y cuyo titular es la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud, con el fin imprescindible de gestionar adecuadamente el proceso de donación y de aplicación de hemoderivados.
- Se me ha garantizado que los datos se conservarán confidencialmente, sometidos a medidas de seguridad de alto nivel, sin perjuicio de las excepciones legamente establecidas.
- Entiendo que, siempre que lo desee, podré dirigirme al responsable del fichero (BST, pg. Taulat, 116, 08005 Barcelona, tel. 93 557 35 00) con el fin de ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos, conforme a los términos normativos aplicables.

Consiento que:

- El BST pueda utilizar mis datos de carácter personal con la finalidad de comunicarme aquella información que considere de interés sobre la donación.
- El BST facilite a las empresas logísticas los datos estrictamente necesarios para gestionar la recogida de las donaciones. Estas empresas se comprometen a respetar la política del BST sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal de los interesados.
- El BST facilite a organizaciones que hacen envíos de correo postal o envíos de correo electrónico los datos imprescindibles para informarme sólo sobre aspectos relacionados con la donación de leche. Estos terceros se comprometen a respetar la política del BST sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal de los interesados.

Puedes consultar la política de protección de datos en bancsang.net o solicitarla en los espacios de donación.

Nombre y apellidos de la donante

Firma

HISTORIA OBSTÉTRICA

Fecha del parto

Eutócico Cesárea Semanas de gestación

Embarazo múltiple SI NO

Nombre del bebé (1)

Nombre del bebé (2)

Nombre del bebé (3)

¿Tienes leche extraída previamente para donarla al banco? SI NO

En caso afirmativo, especificar motivo (fallecimiento del bebé, producción elevada, ...)

Hijo/a ha estado ingresado/a SI NO

Hijo/a vivo/a SI NO

Si la respuesta es **NO**

Muerte: Intrauterina Intraparto Postparto

Fecha de la muerte

¿Quieres continuar con la donación? SI NO

Si la respuesta es **NO** (solo quieres donar la que ya tienes extraída)

¿Dónde tienes la leche guardada?

HISTORIA CLÍNICA

• Fiebre / malestar general en las últimas dos semanas SI NO

• Enfermedades previas (neoplásicas,...) SI NO

Especificar

Compatibles con la donación de leche SI NO

Fecha fin exclusión

• Transfusión sanguínea, trasplante de órganos, diálisis, acupuntura, endoscopia SI NO

Especificar

Fecha fin exclusión

• Enfermedades actuales: infecciones activas, dentista, intervención... SI NO

Especificar

Compatibles con la donación de leche SI NO

Fecha fin exclusión

• Tratamiento con Neotigason®, Roacutan®, Tigason® o Isotrex® por problemas de piel SI NO

Fecha fin exclusión

• Medicamentos y homeopatía SI NO

Especificar

Compatibles con la donación de leche SI NO

Fecha fin exclusión

• Vacuna de virus atenuados SI NO

Especificar

Fecha fin exclusión

• Antecedentes familiares enfermedad de Creutzfeld-Jakob SI NO

• Antecedente de tratamiento con hormona pituitaria antes de 1987, factores de coagulación SI NO

• Trasplante de córnea o duramadre SI NO

• Infección por VIH, hepatitis B, hepatitis C, HTLV I-II, sífilis SI NO

HISTORIA SOCIAL

• Tabaco SI NO

• Alcohol SI NO

• Cafeína (>200 mg/día en total: chocolate+café+té+cola) (Informar de las horas de exclusión) SI NO

• Drogas

Inyectables SI NO

No inyectables SI NO

Fecha fin exclusión

• Infusiones, suplementos alimentarios, aceites esenciales o multivitamínicos SI NO

Especificar (informar de las horas de exclusión)

• Dieta vegetariana SI NO

Especificar el tipo de vegetarianismo

• Tatuaje o piercing SI NO

Fecha fin exclusión

• Viajes fuera de Cataluña los últimos 6 meses SI NO

Provincia española o país

Fecha de retorno

• Contacto con personas con enfermedades infecciosas contagiosas confirmadas SI NO

Fecha fin exclusión

• Estancia en Reino Unido entre 1980 i 1996, más de 1 año SI NO

• ¿La donante, su madre o abuela materna son nativas de Centroamérica o Sudamérica? SI NO

Considero que la donante es

NO APTA

APTA con analítica UNIVERSAL

CHAGAS

WNV

Nombre y apellidos de la persona responsable de la entrevista

Fecha

Firma

CONTACTA CON NOSOTROS SI DURANTE EL PERÍODO DE DONACIÓN:



Tomas algún medicamento
o suplemento vitamínico



Tienes alguna infección
o enfermedad



Consumes alguna infusión, hierba,
aceite esencial o homeopatía



Sigues alguna terapia
o tienes alguna intervención



Han pasado 4 semanas de la primera
extracción de leche conservada para donar

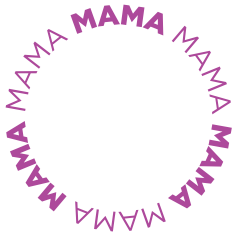


Quieres dejar de ser donante



Tienes cualquier duda

Recuerda que tienes que seguir las instrucciones de manipulación y conservación que te proporcionamos en el kit de la donante para que tu donación sea apta para poder administrarla a un bebé prematuro.



BANC DE LLET MATERNA

Consulta las direcciones y horarios en la web
bancsang.net/banc-llet-materna/

Barcelona. BST Clínic

T 93 227 54 00 (ext. 2090)

Barcelona. BST Sant Pau

T 93 553 75 91

Barcelona. BST Vall d'Hebron

T 93 274 90 25

Badalona. BST Germans Trias i Pujol

T 93 497 88 25

L'Hospitalet de Llobregat. BST Bellvitge

T 664 34 94 36

Manresa. BST Manresa, Fundació Althaia

T 93 874 51 51

Terrassa. BST Terrassa

T 93 736 50 55

Girona. BST Girona, Dr. Josep Trueta

T 972 22 67 02

Lleida. BST Lleida, Arnau de Vilanova

T 973 70 53 37

Tarragona. BST Tarragona, Joan XXIII

T 977 25 20 99

Tortosa. BST Tortosa, Verge de la Cinta

T 977 51 91 37

Reus. BST Reus, Sant Joan

T 977 30 85 56

Hospital de Campdevànor

T 629 81 03 62

Hospital de Figueres

T 972 50 14 00

Hospital del Mar

T 93 248 31 11

Hospital de Martorell

T 93 774 20 20 (ext. 53103)

Hospital d'Olot

T 972 26 18 00

Hospital Parc Taulí

T 93 745 83 79

Hospital del Vendrell

T 977 25 79 00

Hostalets de Balenyà. CAP Hostalets de Balenyà

T 93 881 04 85

Con la firma, la donante confirma que ha comprendido la información que se le ha proporcionado y que ha contestado todas las preguntas del formulario.

DONACIÓN DE LECHE MATERNA Y BIOBANCO

Conozco que la donación de leche materna es voluntaria y altruista y, en consecuencia, que no recibiré ninguna compensación económica ni siquiera en caso de que las investigaciones autorizadas con el producto de la donación puedan generar beneficios.

Declaro que:

1. He recibido información complementaria y comprensible referente a:
 - Los motivos que justifican las causas de exclusión y de la no aceptación de la leche donada así como la importancia del consentimiento.
 - La posibilidad de suspender o excluir la donación en cualquier momento y de revocar, también en cualquier momento, el consentimiento para conservar el producto o destinarlo a fines de investigación, si fuera necesario.
 - El compromiso que se garantizará la trazabilidad de la donación y que se ofrecerá la información que se obtenga de los análisis, si son importantes para mi salud.
 - La importancia que informe sobre cualquier enfermedad posterior a la donación que pudiese comprometer el uso de la leche materna donada.
2. He entendido la información y han resuelto satisfactoriamente las preguntas que, dadas las circunstancias, he planteado.
3. Es cierto y verídico todo lo que he contestado en el cuestionario.

Consiento que:

1. Se me realice la extracción de sangre para que me sean practicadas todas las pruebas analíticas necesarias de seguridad para el posterior uso de la leche a los recién nacidos que la requieran.
2. Manteniendo el anonimato de la donación, se conserve la leche materna donada en el Biobanco que el Banc de Sang i Teixits tiene reconocido, con el fin de su aplicación en actividades de investigación biomédica autorizadas que tengan como objetivo progresar en el conocimiento de la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y/o tratamiento de enfermedades así como mejorar los sistemas de control biomédico.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Declaro que:

1. Se me ha notificado, según es de obligado cumplimiento, que mis datos de carácter personal serán incorporados, por ser necesario, al fichero del Registro de Donantes de Sangre de Cataluña que gestiona el BST y cuyo titular es la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud, con el fin imprescindible de gestionar adecuadamente el proceso de donación y de aplicación de hemoderivados.
2. Se me ha garantizado que los datos se conservarán confidencialmente, sometidos a medidas de seguridad de alto nivel, sin perjuicio de las excepciones legamente establecidas.
3. Entiendo que, siempre que lo desee, podré dirigirme al responsable del fichero (BST, pg. Taulat, 116, 08005 Barcelona, tel. 93 557 35 00) con el fin de ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos, conforme a los términos normativos aplicables.

Consiento que:

1. El BST pueda utilizar mis datos de carácter personal con la finalidad de comunicarme aquella información que considere de interés sobre la donación.
2. El BST facilite a las empresas logísticas los datos estrictamente necesarios para gestionar la recogida de las donaciones. Estas empresas se comprometen a respetar la política del BST sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal de los interesados.
3. El BST facilite a organizaciones que hacen envíos de correo postal o envíos de correo electrónico los datos imprescindibles para informarme sólo sobre aspectos relacionados con la donación de leche. Estos terceros se comprometen a respetar la política del BST sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal de los interesados.

Puedes consultar la política de protección de datos en bancsang.net o solicitarla en los espacios de donación.

Banc de Llet Materna

del Banc de Sang i Teixits

Edificio Dr. Frederic Duran i Jordà

Passeig Taulat, 106-116

08005 Barcelona

93 557 35 00

bancdellet@bst.cat

[f](https://www.facebook.com/bancdellet) [@bancdellet](https://www.instagram.com/bancdellet) bancsang.net

Salut/



BANC DE SANG
I TEIXITS



BANC
DE LLET
MATERNA