

BANC  
DE LLET  
MATERNA

## DONACIÓN DE LECHE MATERNA

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

---

---

---

Número de donación  
(etiqueta)

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

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

**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 Biobanc 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](http://bancsang.net) o solicitarla en los espacios de donación.

Nombre y apellidos de la donante

Firma

---

## HISTORIA OBSTÉTRICA

Fecha del parto

Eutócico  Cesárea Semanas gestación

Embarazo múltiple  SI  NO

Nombre del bebé (1)

Nombre del bebé (2)

Hijo/a ha estado ingresado/a  SI  NO

Hijo/a vivo/a  SI  NO

Leche acumulada menos de 1 mes  SI  NO

En caso afirmativo, especificar motivo (fallecimiento del hijo/a, producción elevada, ...)

## HISTORIA CLÍNICA

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

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

Especificar

Compatibles con la lactancia  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 lactancia  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 lactancia  SI  NO

Fecha fin exclusión

• Vacuna de virus atenuados  SI  NO

Especificar

Fecha fin exclusión

• Vitaminas (Informar de las horas de exclusión)  SI  NO

Especificar

• 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)  SI  NO  
(Informar de las horas de exclusión)

• Drogas

Inyectables  SI  NO

No inyectables  SI  NO

Fecha fin exclusión

• Infusiones y suplementos alimentarios  SI  NO

Especificar (Informar de las horas de exclusión)

• Dieta vegana  SI  NO  
(Hacer determinación de vitamina B<sub>12</sub> en sangre)

• Tatuaje o piercing  SI  NO

Fecha fin exclusión

• Viajes fuera de Cataluña el último mes  SI  NO

Provincia española o país

• Contacto con personas con enfermedades infecciosas contagiosas confirmadas  SI  NO

Fecha fin exclusión

• Estancia en Reino Unido entre 1980 y 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:



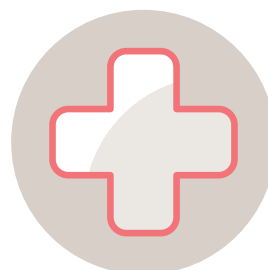
**Tomas algún medicamento  
o suplemento vitamínico**



**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.**

**T 93 557 35 00 (ext.3566)**  
**bancdellet@bst.cat**



BANC  
DE LLET  
MATERNA

EJEMPLAR PARA LA DONANTE

**La Organización Mundial de la Salud recomienda alimentar al recién nacido exclusivamente con lactancia materna durante los primeros seis meses de vida, dado que esta le aporta los beneficios nutricionales necesarios para crecer.**

Consulta las direcciones y horarios en la web  
[bancsang.net/banc-llet-materna/](http://bancsang.net/banc-llet-materna/)

**Barcelona. BST Vall d'Hebron**

T 93 274 90 25

**Barcelona. BST Clínic**

T 93 227 54 00 (ext. 2090)

**Barcelona. BST Sant Pau**

T 93 553 75 91

**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. Mútua de 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

**CAP de Centelles**

T 93 881 04 85

**Hospital de Figueres**

T 972 50 14 00

**Hospital d'Olot**

T 972 26 18 00

**CAP de Palafrugell**

T 972 61 06 07

**Hospital del Vendrell**

T 977 25 79 00

**Hospital de Martorell**

T 93 774 20 20 (extensión 53103)

**Hospital de Campdevàrol**

T 629 81 03 62

**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 Biobanc 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](http://bancsang.net) o solicitarla en los espacios de donación.

 BANC DE SANG  
I TEIXITS



BANC  
DE LLET  
MATERNA

**Banc de Llet Materna del Banc de Sang i Teixits**  
Edificio Dr. Frederic Duran i Jordà  
Passeig Taulat, 106-116  
08005 Barcelona  
T 93 557 35 00  
[bancdellet@bst.cat](mailto:bancdellet@bst.cat)

 **bancdellet**

**bancsang.net**