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 ☐ Catalán ☐ Castellano

Número de donante

Fecha de inscripción

MUESTRAS

Fecha y hora de selección

Muestras obtenidas por serologías en el BST

☐ Tubo suero (amarillo) ☐ 2 tubos EDTA (violeta)

☐ Determinación de vitamina B_{12} 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 o solicitarla en los espacios de donación.

Nombre y apellidos de la donante

Firma

R-BLM-002/Versió 10 (ES) I codi BST 704.512

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 Neotigasón®, 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 Creutfeld-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
- Cafeina (>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_{12} 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 són nativas de Centroamérica o Sudamérica? ☐ SI ☐ NO

Considero que la donante és

☐ **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

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/

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 Campdevànol
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 o solicitarla en los espacios de donación.

Moltes gràcies

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
bancdellet **bancsang.net**