

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

Espacio reservado para la etiqueta de cordón

Lugar _____ Fecha _____

Sra. _____

DNI _____ Edad _____ con domicilio en _____

la calle _____ núm. _____ piso _____ Código postal _____

Provincia _____ Teléfono _____

RECUERDE: no puede donar sangre de cordón si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Es portadora del **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** o virus del SIDA o cree que podría serlo
- Es portadora de alguno de los virus de la **hepatitis (B o C)** o cree que podría serlo
- Se ha inyectado **drogas** (heroína, hormonas para aumentar la musculatura) alguna vez en su vida, aunque haya sido sólo una vez y hace mucho tiempo
- Ha aceptado alguna vez dinero, drogas u otro tipo de pago a cambio de mantener **relaciones sexuales**
- Ha mantenido, en los últimos 4 meses **relaciones sexuales con: diversas parejas**, alguna persona portadora del **virus del SIDA (VIH)**, alguna persona que cambia frecuentemente de pareja, alguna persona que haya podido inyectarse **drogas intravenosas**, alguna persona que ejerciera o haya ejercido la **prostitución**.

Declaro que:

- Entiendo que la sangre de cordón umbilical que dono es la sangre que queda en los vasos del cordón umbilical y la placenta después del nacimiento de mi hijo/a.
- Entiendo que la obtención se realiza después del nacimiento y la sección del cordón umbilical, en la sala de partos, con una bolsa específica y no supone riesgo alguno ni para la madre ni para el hijo.
- Entiendo que la sangre del cordón umbilical será utilizada para realizar un trasplante a cualquier paciente que así lo precise..
- Entiendo que la información referente a mi persona y a la de mi hijo/a será tratada de forma confidencial y codificada, de forma que queden protegidas nuestras identidades. Y se me informa, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que mis datos personales y los de mi hijo/a serán incorporados a un fichero titularidad del Banc de Sang i Teixits, administrador del programa **CONCORDIA**, siendo utilizados para la gestión del proceso de donación en los términos previstos en la legislación aplicable. Igualmente se me indica la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito dirigido al Banc de Sang i Teixits, Passeig del Taulat 116, Barcelona 08005.
- Consiento que el Banc de Sang i Teixits ceda los datos referentes a mi persona y/o mi hijo/a a la entidad responsable del programa de donación en mi Comunidad, para que puedan ser utilizados para la gestión del proceso de donación en los términos previstos en la legislación aplicable.
- Consiento que, opcionalmente, el Banco de Cordón o la entidad responsable del programa de donación en mi Comunidad, contacte conmigo para preguntarme sobre la salud de mi hijo/a
- Entiendo que si mi hijo/a desarrolla alguna enfermedad potencialmente transmisible lo comunicaré al Banco de Cordón del Banc de Sang i Teixits al teléfono 93 557 35 00.
- Consiento que me extraigan una muestra de sangre para la realización de los análisis exigibles el día del parto y, opcionalmente, después de los 6 meses y que se guarden muestras para eventuales nuevos análisis, en el caso de que la donación haya sido adecuada, y que cualquier resultado patológico detectado en la analítica me será comunicado por el médico responsable.
- Entiendo que mi consentimiento no obliga a la maternidad a recoger y/o almacenar la sangre de cordón si las circunstancias no son idóneas.
- Entiendo que la donación es voluntaria y altruista y que no comportará ninguna compensación económica.
- Conservo la posibilidad de renunciar a este consentimiento en cualquier momento anterior a la extracción de la sangre de cordón sin ninguna consecuencia.
- Consiento que la sangre de cordón pueda ser utilizada para control de calidad, validaciones e investigación previa disociación irreversible que asegurará el anonimato y la desvinculación total de la sangre de cordón umbilical y los datos relativos a mi hijo/a o a mí, renunciando a participar de los beneficios que se puedan derivar de ello.
- He leído y entendido toda la información dada, estoy satisfecha del contenido, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la donación de la sangre de cordón umbilical.

Nombre y Firma del profesional que informa

Firma de la donante