



Nom de la donant:	
Cognoms:	
S. I. P.:	
Cód. Postal:	
En el cas de tindre etiquetes amb dades de la donant, pegar en aquest requadre.	

Codi de la donació: (ETIQUETA DOCS MARE)

País de naixement	mare:	pare:
És la mare menor de 18 anys?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
DNI de la mare:	Data de naixement de la mare :	
Hospital de donació:		
Cognoms del nounat i nom (si està decidit):		

HISTÒRIA CLÍNICA DEL PARE I MARE DEL NOUNAT:	SI	NO
Té problemes de salut? Qui? Quin problema?		
Ha patit o pateix problemes psiquiàtrics?		
Ha tingut hepatitis o una altra malaltia hepàtica? Si la resposta és sí, indique el tipus d'hepatitis:		
Hi ha alguna malaltia hereditària en la seua família o en la família de la seua parella? Indique la malaltia		
En la seua família, algun membre pateix algun tipus d'hemoglobinopatia (p. ex. talassèmia, favisme)?		
Algú de la seua família ha tingut càncer? Qui? Parentiu respecte al nounat Si la resposta és sí, indique el tipus de càncer		

HISTÒRIA OBSTÈTRICA:	SI	NO
Ha tingut algun problema de salut durant l'embaràs? Quin?		
Ha rebut algun tipus de tractament durant l'embaràs? Quin?		
Ha rebut algun tractament per a l'esterilitat? Quin?		
L'embaràs és conseqüència de fecundació <i>in vitro</i> (FIV) amb òvul o esperma de donant?		

ANTECEDENTS MATERNES:	SI	NO
Ha tingut alguna malaltia com ara càncer, epilèpsia, malalties hematològiques, immunològiques, autoimmunes, lupus, hipotiroïdisme, Crohn, brucel·losi, febre Q, HTLV, babesiosi, leishmaniosi visceral, malaltia de Chagas, malària i virus del Nil Occidental...? Quin?		
Fa o li han fet controls mèdics regularment per algun motiu? Quin?		
Ha tingut alguna infecció en les dues últimes setmanes?		
Ha tingut alguna infecció en les dues últimes setmanes?		
Ha rebut tractament amb hormona del creixement abans de 1986?		
Ha sigut receptor o ha conviscut o mantingut contacte sexual amb alguna persona receptora de trasplantament d'òrgans, teixits o cèl·lules? Quan?		
Vosté o algú de la seua família ha patit la malaltia de Creutzfeldt-Jakob, la seua variant, alguna malaltia del sistema nerviós central o alguna malaltia neurològica de causa desconeguda?		
¿Ha sufrido alguna vez una infección grave, por virus, tuberculosis o infección de transmisión sexual?		
Ha acudit en les últimes dues setmanes al dentista? Especifique el motiu:		

EN ELS ÚLTIMS 4 MESOS:	SI	NO
Li han realitzat una intervenció quirúrgica o li han realitzat una endoscòpia amb material flexible (colonoscòpia, gastroscòpia, cistoscòpia, artroscòpia...)?		
Ha rebut components sanguinis i/o hemoderivats?		
S'ha fet algun tatuatge, pírcing, ha sigut tractat amb acupuntura o ha tingut contacte amb sang d'una altra persona per esquitxada o punxada accidental?		
Ha tingut contacte domèstic directe o relació sexual amb persones afectades per hepatitis?		
Ha rebut alguna injecció o vacunació? Quina?		

VIATGES I ESTADES EN ALTRES PAÏSOS:	SI	NO
Ha viatjat fora d'Europa en els últims anys? Si la resposta és sí, indique on i quan:		
En els últims 6 mesos, ha viatjat a algun país amb el risc de malària i ha necessitat prendre tractament profilàctic? Si la resposta és sí, indique on i quan:		
Ha patit alguna malaltia parasitària o febre després d'algun viatge? Si la resposta és sí, indique la malaltia i quan:		
Ha patit alguna malaltia parasitària o febre després d'algun viatge? Si la resposta és sí, indique la malaltia i quan:		
És militar i ha sigut destinat a bases fora d'Espanya? Si la resposta és sí, indique on i quan:		

VIRUS ZIKA	SI	NO
Durant l'embaràs, ha tingut un diagnòstic mèdic d'infecció pel virus Zika?		
Durant l'embaràs, ha residit o viatjat a una zona de risc* per al virus Zika? Si la resposta és sí, indique on:		
Durant l'embaràs, ha tingut contacte sexual amb una persona que: – haja sigut diagnosticat d'una infecció pel virus Zika en els 6 mesos anteriors al contacte sexual? – haja viatjat a o residit en una àrea de risc* per al virus Zika en els 6 mesos anteriors al contacte sexual? *Zona de risc: les àrees específiques en les quals la transmissió del virus Zika té lloc són difícils de determinar i canvien amb el temps. Revise la pàgina web d'informació CDC on s'actualitzen els països de risc. Cal veure https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-information .		

DECLARACIÓ DE RISCOS:	SI	NO
Hi ha circumstàncies en les quals una persona té un risc augmentat de patir determinades malalties infeccioses (com la SIDA, les hepatitis...), en aquestes situacions, la sang de cordó pot estar infectada, per la qual cosa NO HA DE ser utilitzada.		
Indique si vosté o la seua parella tenen alguna d'aquestes circumstàncies: (No és necessari que n'especifique quina, simplement conteste sí o no al final del paràgraf) Vosté o la seua parella: – És VIH positiu. – És portador del virus de l'hepatitis B o C. – Ha consumit alguna vegada drogues per via intravenosa o intramuscular. – Ha pagat o ha rebut diners o drogues per mantindre relacions sexuals. – En l'últim any ha mantingut relacions amb diferents parelles sexuals. – Ha mantingut relacions sexuals amb persones pertanyents a algun dels grups anteriors. – Ha estat a la presó.		
	SI	NO

Signa donant:

Nom i Signatura informador:

Done el meu consentiment perquè s'inclouen les meues dades en un fitxer de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, la finalitat del qual és la gestió del procés de donació en els termes previstos en la llei vigent, i perquè les meues dades es transferisquen a REDMO per a la seua utilització clínica, de forma codificada i sobre les quals podré exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació, oposició i portabilitat, recollits en la legislació vigent aplicable mitjançant l'adreça electrònica del delegat de protecció de dades: dpd@gva.es