



**Banco de Sangre y
Tejidos de Cantabria**
FUNDACIÓN 'MARQUÉS DE VALDECILLA'



EVALUACIÓN DONANTES DE LECHE MATERNA

DATOS DE LA DONATE

Fecha entrevista:

Nombre y apellidos:			
DNI:			
Dirección:			
CP:	Localidad:		
Teléfonos de contacto: 1)		2)	
Correo electrónico:			
Fecha y país de nacimiento:			
País de nacimiento de sus progenitores:			
Profesión:			
¿Está usted expuesta a tóxicos ambientales en su lugar de trabajo?			
¿Cómo se enteró de la existencia del Banco de Leche? (puede señalar más de 1 respuesta)			
Por una persona conocida	En mi centro de salud	Grupo apoyo lactancia	Hospitales
Medios de comunicación	Otros		
¿Ha sido usted donante de leche previamente?			

DATOS DEL HIJO LACTANTE

Nombre y apellidos:		
Lugar (Hospital) y fecha de nacimiento:		
Duración del embarazo en semanas:	Peso:	Kg
¿Tuvo algún problema durante el embarazo? Especificar:		
¿Le tuvieron que trasfudir sangre al feto durante el embarazo?		
¿Ha estado ingresado o se encuentra ingresado su hijo/a? ¿Dónde? ¿Por qué?		
Su gestación, ¿fue a través de alguna técnica de reproducción asistida?		

DATOS DE HIJOS ANTERIORES

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Sí	No
¿Tiene usted hijos previos? ¿Cuántos?:		
¿Amamantó a sus otros hijos? ¿Durante cuánto tiempo?:		

HISTORIA MÉDICA MATERNA

ANTECEDENTES MÉDICOS, ESTADO DE SALUD	Sí	No
¿Padece o ha padecido ENFERMEDAD de corazón, sistema nervioso central u otros órganos? ¿ TUMORES MALIGNOS ? ¿ DIABETES en tratamiento con insulina?		
¿Padece o ha padecido EPILEPSIA o convulsiones? ¿Tendencia al SANGRADO ? ¿ ALERGIA GRAVE ?		
¿Padece o ha padecido ICTERICIA, ENFERMEDAD POR HTLV I-II, HEPATITIS B, HEPATITIS C, SIDA o es portador de HTLV I-II, VIH, HEPATITIS B o C ? ¿Sospecha que podría serlo?		
¿Padece o ha padecido algún tipo de ENFERMEDAD INFECCIOSA , enfermedad TROPICAL y/o enfermedad de TRANSMISIÓN SEXUAL (papiloma, herpes virus, sífilis)? (En caso afirmativo, especifique cuál y cuándo):		
¿Le han practicado alguna OPERACIÓN o TRANSFUSIÓN de sangre o derivados? (En caso afirmativo, especifique dónde y cuándo):		
¿Le han tratado con COLIRIO DESUERO AUTÓLOGO o con PLASMA RICO EN PLAQUETAS ?		
¿Ha recibido HORMONA DE CRECIMIENTO O UN TRASPLANTE O INJERTO de tejido proveniente de otra persona o animal (piel, córnea, tímpano, duramadre, etc.)?		
¿Tiene historia familiar de ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB o cualquier otra encefalopatía espongiiforme transmisible?		
¿Está pendiente de ALGÚN ESTUDIO MÉDICO ?		
En las últimas 2 semanas , ¿ha tenido FIEBRE, GRIPE O CATARRO ?		
En las últimas 2 semanas , ¿ha ido al DENTISTA ?		
En los últimos 4 meses , ¿le han realizado ENDOSCOPIA, ELECTROMIOGRAMA o estudio neurofisiológico, CATERISMO o alguna OTRA PRUEBA DIAGNÓSTICA ?		
En los últimos 4 meses , ¿se ha hecho TATUAJES, PIERCINGS, ACUPUNTURA, MESOTERAPIA o algún otro tratamiento estético con agujas? ¿Ha sufrido algún PINCHAZO ACCIDENTAL ?		
¿Toma actualmente alguna MEDICACIÓN, INCLUYENDO PRODUCTOS DE HERBOLARIO, HIERBAS Y VITAMINAS ?		

CONVIVENCIA Y RELACIONES SEXUALES	Sí	No
¿Su PAREJA SEXUAL HABITUAL ES PORTADORA de VIRUS HEPATITIS B, C, VIH, HTLV I-II o sospecha que podría serlo?		
¿Ha aceptado alguna vez dinero, drogas u otro tipo de PAGO A CAMBIO DE MANTENER RELACIONES SEXUALES ?		
En las últimas 2 semanas , ¿ha convivido con personas que hayan presentado FIEBRE O MALESTAR GENERAL ?		
En los últimos 4 meses , ¿ha tenido CONVIVENCIA (p. ej. comparte cuchillas) o CONTACTO SEXUAL con enfermo o portador crónico de HEPATITIS B ?		
En el último año , ¿ha tenido CONVIVENCIA (p.ej. comparte cuchillas) o CONTACTO SEXUAL con enfermo o portador crónico de HEPATITIS C o VIH/SIDA ?		
En el último año , ¿ha mantenido RELACIÓN SEXUAL CON PERSONA QUE EJERCE LA PROSTITUCIÓN o CON PERSONA QUE CONSUMA DROGAS o provenga de país donde el SIDA está muy extendido (África, Asia, Caribe)?		
En el último año , ¿ha tenido RELACIÓN SEXUAL (anal, vaginal u oral) con PAREJA DISTINTA de la habitual sin utilizar SIEMPRE de forma correcta el PRESERVATIVO ?		

VIAJES Y ESTANCIAS	Sí	No
¿Ha RESIDIDO más de un año en el REINO UNIDO entre los años 1980 y 1996 ?		
¿Ha VIVIDO (estancia superior a 1 mes) FUERA DE ESPAÑA EN ALGÚN MOMENTO de su vida? (En caso afirmativo, especifique dónde y cuándo)		
¿Ha VIAJADO FUERA DE ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS ? ¿Y en el ÚLTIMO MES ? (Dónde y cuándo):		

ESTILO DE VIDA MATERNA	Sí	No
¿Es usted FUMADORA (cualquier cantidad) o está en tratamiento sustitutivo de nicotina?		
¿Consume o ha consumido alguna vez DROGAS INHALADAS O INYECTADAS ?		
¿Está tomando BEBIDAS ALCOHÓLICAS durante la lactancia? (No sobrepasar 1 ó 2 unidades, 1 ó 2 veces por semana)		
¿Ingiere diariamente BEBIDAS QUE CONTENGAN CAFÉINA O TEÍNA ? (Más de 3 bebidas al día de café, cacao, te, cola...)		
¿Consume INFUSIONES DE HIERBAS ? Indique cuáles		
¿Es usted OVOLÁCTEOVEGETARIANA O VEGANA ? En caso afirmativo, especifique los suplementos tomados antes del embarazo, durante el mismo y en la lactancia		
En cuanto a su dieta:		
¿Ingiere habitualmente SAL YODADA ?		
¿Cuántos LÁCTEOS toma al día? Indicar si estos son ecológicos		
¿Consume frecuentemente FRUTAS Y VERDURAS ? Indicar cuántas veces por semana		
¿Consume habitualmente PESCADO ? Indicar cuántas veces por semana así como tipo de pescado		
Espacio reservado para cualquier observación relacionada con el estilo de vida		

OBSERVACIONES