

# DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La sangre del cordón umbilical es un producto que se desecha después del nacimiento del bebé. Sin embargo, se ha comprobado que esa sangre es muy rica en células progenitoras que pueden ser útiles para realizar trasplantes a personas con diferentes enfermedades de la médula ósea (leucemias, anemias congénitas y otras). Por esta razón, mediante la donación y congelación de la sangre de cordón umbilical podemos ofrecer una alternativa terapéutica para aquellos que la necesiten. Anexo a este consentimiento se encuentra información general para las donantes de sangre de cordón umbilical (AN.CO.01a).

Si desea donar la sangre del cordón umbilical, de forma voluntaria y altruista, debe firmar el presente consentimiento, rellenar los datos personales solicitados y contestar a las preguntas del cuestionario de evaluación a las donantes de SCU. Agradecemos de antemano su colaboración.

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_

### Declaro mi conformidad con los siguientes puntos:

1. Mi donación de sangre de cordón umbilical podrá ser utilizada para cualquier paciente anónimo que la necesite.
2. El pinzamiento del cordón se realizará, respetando las condiciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los 60 segundos tras el nacimiento del recién nacido.
3. Se me extraerá muestra nasofaríngea para la realización de RT-PCR SARS-CoV-2 (Covid-19).
4. Se extraerán y conservarán muestras de sangre, mías y/o del recién nacido para el análisis de enfermedades transmisibles, genéticas, tipaje HLA y grupo sanguíneo; y que se podrá solicitar una segunda muestra, según criterio médico.
5. Se realizarán análisis de la sangre de cordón umbilical y se guardarán dichas muestras, para análisis posteriores.
6. Se contactará conmigo tras el parto para confirmar mi estado y el de mi hijo/a en los primeros meses de vida, y en caso de ser necesario se podrá volver a contactar en cualquier otro momento tras la donación. Asimismo, notificaré al Centro de Transfusión de Madrid (Banco de Sangre de Cordón Umbilical) cualquier enfermedad grave mía y/o del recién nacido si tuviera lugar en cualquier momento tras la donación.
7. Cualquier resultado patológico detectado en los estudios realizados con motivo de esta donación me será comunicado.
8. El presente consentimiento no obliga al hospital a recoger la sangre del cordón umbilical, ni al Centro de Transfusión a procesarla, si las circunstancias del parto o las características de la donación no son idóneas.
9. En caso de que la muestra donada no sea útil para trasplante, podrá emplearse para otras alternativas terapéuticas, y/o para investigación científica y/o para inclusión como muestra del Biobanco del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Y si no cumple los requisitos técnicos mínimos para cualquiera de los fines antes mencionados, será desechada.
10. Esta donación es altruista y no conlleva ninguna compensación económica.

**Declaro que he leído y comprendido la información recibida acerca de la donación de sangre de cordón umbilical y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que me han sido resueltas. Asimismo, doy fe de que toda la información que he respondido al cuestionario de la evaluación médico social es completa y veraz. En consecuencia, autorizo la donación de la sangre del cordón umbilical.**

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Personal que informa (Nombre y Firma)

Firma de la donante

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de gestionar su solicitud de donante de cordón umbilical y serán conservados durante al menos 10 años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable (*Real Decreto Ley 9/2014 de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos*). El Responsable del Tratamiento es el Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Plaza Carlos Trías Bertrán nº7 (Edif. Sollube) Madrid 28020. La base jurídica que legitima el tratamiento es la prestación de su consentimiento, respaldado por el *RDL 9/2014, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* y demás legislación vigente en la materia. Sus datos se comunicarán a la Fundación Josep Carreras titular del Registro de Donantes de Médula Ósea (REDMO), como Corresponsable del Tratamiento, para el cumplimiento de la finalidad descrita, asimismo, serán comunicados al Registro Mundial de Donantes, y demás cesiones previstas en la legislación vigente. En todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Av. de la Democracia, s/n Madrid 28032, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) [www.agpd.es](http://www.agpd.es)

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)

con D.N.I. \_\_\_\_\_ mediante el presente documento declaro la revocación del consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_. No deseo proseguir con la Donación de Sangre de Cordón Umbilical, que doy con esta fecha por finalizada.

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del personal responsable

\_\_\_\_\_  
Firma de la donante

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable. El Responsable del Tratamiento es el Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Plaza Carlos Trías Bertrán nº7 (Edif. Sollube) Madrid 28020. La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. En todo momento podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Av. de la Democracia, s/n Madrid 28032, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) [www.agpd.es](http://www.agpd.es)