

TODA LA INFORMACION CONFERIDA ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL

Encuesta a la Madre.

La madre debe ser saludable y no tener historia sugestiva de enfermedad hereditaria o infecciosa transmisible. Con tal fin se debe obtener una historia personal completa con el fin de identificar riesgo alto para la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual (ETS) u otras infecciones de a través del trasplante de SC.

1. Información de Contacto.

1.1. Información de la Madre:

Nombre completo de la Madre:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Edad Gestacional:	FPP:
Dirección:	Teléfonos:
Ciudad:	País:
Correo Electrónico:	
Nombre del bebé:	
Institución o Clínica donde nacerá:	
EPS a la cual pertenece:	
Póliza de salud/ prepagada:	

1.2. Nombre del médico tratante:

Nombre completo del Ginecobstetra:	
Dirección Médico:	
Teléfono:	Teléfono alternativo:
Ciudad:	

1.3. Nombre del pediatra del bebé:

Nombre completo del Pediatra:	
Dirección Médico:	
Teléfono:	Teléfono alternativo:
Ciudad:	

2. Cuestionario Médico:

- 2.1. Ha donado o intentado donar SC anteriormente? Si No
- 2.2. Ha sido rechazada como donante de sangre? Si No
- 2.3. Tiene usted historia de abuso de sustancias, o se ha inyectado drogas por razones no médicas en los últimos 5 años? Si No
- 2.4. Sufre usted hemofilia u otros trastornos de la coagulación o de la sangre? Si No
- 2.5. Ha sufrido de ictericia o enfermedad hepática o hepatitis viral? Si No
- 2.6. Ha sufrido de enfermedad parasitaria en la sangre, por ejemplo Malaria o enfermedad de Chagas? Si No
- 2.7. Ha sufrido usted de cáncer, incluyendo leucemia? Si No
- 2.8. En los últimos 12 meses ha recibido factores de la coagulación para tratar un evento hemorrágico agudo? Si No
- 2.9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con cualquier persona que cumple los criterios anteriores o con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B, o hepatitis C sintomática? Si No
- 2.10. Ha estado expuesta en los últimos 12 meses, a través de punción cutánea o contacto con heridas abiertas o membranas mucosas, a sangre con sospecha de ó infectada con el (VIH), hepatitis B, y/o hepatitis C ? Si No
- 2.11. Ha tenido contacto estrecho en los últimos 12 meses (Ej. misma vivienda compartiendo utensilios culinarios y facilidades higiénicas en forma regular) con otra persona que tiene hepatitis B, o infección sintomática con hepatitis C ? Si No
- 2.12. En los últimos 12 meses ha tenido o ha sido tratada para sífilis, gonorrea o chlamydia? Si No
- 2.13. En los últimos 12 meses se ha realizado algún “ Piercing” o punción corporal o tatuajes en los que se desconoce o no se utilizaron procesos estériles (Ej. instrumental y/o tinta contaminada o instrumentos compartidos sin previa esterilización)? Si No
- 2.14. En los últimos 3 meses ha recibido usted o ha estado en contacto estrecho con alguien que recibiera la vacuna de la viruela (vaccínea virus)? Si No
- 2.15. En los últimos 4 meses ha sido usted diagnosticada o tenido sospecha de infección por virus West Nile (basado en síntomas y/o resultados de laboratorio o viremia confirmada)? Si No
- 2.16. Ha sido usted alguna vez diagnosticada con Enfermedad de Creutz Jacobs Viral (vDJD) u otra forma de demencia o cualquier otra enfermedad del sistema nervioso central u enfermedad neurológica de etiología desconocida? Si No
- 2.17. Ha recibido trasplante reciente de dura madre, hormona de crecimiento derivada de pituitaria humana o tiene parientes consanguíneos con diagnostico de CJD (enfermedad de Creutz Jacobs Viral)? Si No
- 2.18. Ha viajado o ha vivido en Europa y/o en África en un tiempo acumulado igual o superior a 5 años entre 1980 y 1996? Si No
- 2.19. Ha recibido xenotransplantes (células, tejidos u órganos vivos de origen animal no humanos) o ha tenido contacto estrecho con un receptor de xenotransplantes? Si No
- 2.20. Ha recibido trasplante tisular u órgano o fluidos tratados con extractos humanos? Si No
- 2.21. Presenta usted lesiones asociadas a cambio de color, ulceración, costras, rash, vesículas o tumoración en la piel? Si No
- 2.22. Presenta usted yagas en la boca? Si No
- 2.23. Presenta usted coloración anormal de heces u orina? Si No
- 2.24. He recibido transfusión de sangre. Si No

OBSERVACIONES: _____

