

Información del Proveedor de Atención Médica

Complete y devuelva este formulario con los especímenes etiquetados.

1. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del **médico o partera** responsable de la recolección:

Por favor hacer cualquier corrección de la etiqueta en el espacio previsto.
Si la etiqueta no esta presente, por favor proveer la información del médico.
(nombre, dirección del consultorio y teléfono)

Nombre del bebé (Por favor de escribir legiblemente):

Numero de orden:

2. INFORMACIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA

Nombre de la madre biológica:

Letra impresa: _____

La sangre de la madre biológica fue recolectada:

Fecha: _____ Hora: _____ (marque sólo uno: am / pm)

¿Ha recibido la madre biológica productos sanguíneos dentro de las **48 horas** anteriores a la recolección de la sangre periférica? SI NO

¿Ha recibido la madre biológica **más de 2000 ml de fluidos intravenosos** dentro de la **primera hora anterior a la recolección de la sangre periférica**? SI NO

3. INFORMATION DE LA RECOLECCIÓN DEL BEBÉ Parto único Parto múltiple Subrogación Adopción

(Marque todas las que apliquen)

Fecha: Recolección de la sangre del cordón umbilical ____/____/____ Hora: _____ (marque sólo uno: am / pm)

Fecha: Recolección del tejido del cordón umbilical ____/____/____ Hora: _____ (marque sólo uno: am / pm)

Tipo de parto: Vaginal Cesárea

Edad gestacional: _____ semanas

Comentarios de la recolección/ acontecimientos adversos: _____

(Estas apuntaciones serán revisadas por el Director Médico de Cryo-Cell International)

IMPORTANTE – FIRMA REQUERIDA PARA EL PROCESAMIENTO

4. RECONOCIMIENTO DE CAPACITACIÓN

- Yo entiendo y reconozco que la recolección de sangre/tejido del cordón umbilical no debe poner en riesgo la salud de la madre y/o la salud del bebé. Como recolector de sangre/tejido de cordón umbilical conozco las complicaciones que pueden ocurrir durante el parto que podrían prevenir o impedir que se realice la recolección de la sangre/tejido del cordón umbilical o una recolección inadecuada del espécimen.
- Confirmo que un cuestionario de historia clínica y un examen físico fue realizado a la madre biológica y al bebé de acuerdo a la orientación para realizar el examen físico proporcionada en el lado posterior de esta página. Reconozco que la madre biológica y el bebé están en buen estado de salud y no encuentran ninguna evidencia física de riesgo o síntomas de enfermedad transmisible.
- Si algún hallazgo patológico de interés o notable fue detectado durante el embarazo o durante el examen físico y/o en el cuestionario de historia clínica de la madre biológica o del bebé, por favor describa: _____
(Al dejar en blanco, el examen físico será considerado dentro de los límites normales.)
- He leído y comprendo las técnicas y procedimientos apropiados para la recolección de la sangre de la madre biológica y la de la sangre/tejido de cordón umbilical según descritos en las Instrucciones para el Proveedor de Atención Médica.

ACUERDO DE RECOLECCION

- Yo, estoy de acuerdo en realizar la recolección a través de los procedimientos estipulados por Cryo-Cell Internacional.

Firma del Proveedor de Atención Médica

Fecha

Nombre del Proveedor de Atención Médica en letra impresa

FOR CRYO-CELL LAB USE ONLY

Reviewed by: _____ Date: _____

Approved by: _____ Date: _____

Medical Director: _____ Date: _____

(If applicable)

Comments: _____

ORIENTACIÓN PARA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO

NOTA: En el momento de la recolección de la sangre del cordón umbilical es requerido que los médicos realicen un examen físico a la madre biológica y al bebé y que el mismo sea confirmado. De no confirmar el examen físico en el formulario de recolección, esto puede causar limitaciones de uso en un futuro.

El examen físico debe evaluar cualquier señal que pueda indicar un comportamiento de alto riesgo o una infección de alguna enfermedad transmisible relevante. Algunos de los siguientes síntomas no son evidencia física de VIH, hepatitis, sífilis o vaccinia (virus vacuna), sino más bien son indicaciones de comportamientos de alto riesgo asociados a estas enfermedades, misma que aumentarían el riesgo del donante a enfermedades transmisible relevantes.

Para obtener más información sobre los requisitos de exámenes físicos, por favor refiérase a la sección F y G de la Guía para la industria de determinación de calificación de donantes de células humanas, tejidos y celular y los productos basados en tejidos (HCT / Ps).

- Evidencia física por riesgo de enfermedades de transmisión sexual, tales como la enfermedad de úlceras genitales, el virus del herpes simple, el chancroide o chancro blando (estas señales deben tomarse en cuenta en consideración con cualquier otra información obtenida sobre el donante para efectuar una determinación de elegibilidad de los donantes) (suelen presentarse con el VIH, el virus de la hepatitis B, Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae).
- Evidencia física por riesgo de, o evidencia de sífilis.
- Evidencia física por uso de drogas percutáneas no médicas, tales como marcas de agujas/pinchazos; el examen debe incluir una examinación de tatuajes, los cuales pueden estar cubriendo marcas de agujas/pinchazos (suelen presentarse con el VIH, el virus de la hepatitis B y la hepatitis C).
- Evidencia física de tatuajes recientes o perforaciones en las orejas o en el cuerpo. Las personas que se han sometido a tatuajes o perforaciones en las orejas o en el cuerpo en los últimos 12 meses, en donde un procedimiento estéril no fue utilizado (por ejemplo, el uso de instrumentos y/o tintas contaminados(as)), o el uso de instrumentos que no han sido esterilizados entre sesiones (suelen presentarse con el VIH, el virus de la hepatitis B y la hepatitis C).
- Adenopatía o linfadenopatía diseminada (suele presentarse con el VIH).
- Candidiasis oral inexplicable (suele presentarse con el VIH).
- Manchas azules o moradas en consistencia con la sarcoma de Kaposi (suelen presentarse con el VIH).
- Ictericia o hepatomegalia inexplicable (suelen presentarse en el virus de la hepatitis B y la hepatitis C)
- Evidencia física de sepsis o septicemia, tales como una erupción cutánea generalizada inexplicable o fiebre inexplicable.
- Costra grande consistente con un historial reciente de inmunización contra la viruela.
- Eczema vaccinatium (suele presentarse en la vaccinia (virus vacuna).
- Erupción cutánea vesicular generalizada (vaccinia generalizada (virus vacuna)).
- Lesión necrótica severa consistente con vaccinia necrosum (vaccinia progresiva).
- Cicatrización de la córnea consistente con queratitis vacunal.

INFORMACIÓN SOBRE EL VIRUS ZIKA

Debido a la información actual que une el virus Zika y posibilidad de la infección anomalías neurológicas congénitas y la determinación del riesgo adicional se debe hacer a las mujeres que han viajado a las áreas identificadas por el CDC como un área con Zika.

A medida que se recibe nueva información, esta información se actualiza en el sitio web de CDC:
<http://www.cdc.gov/zika/geo/index.html>.

Para la mujer o su pareja sexual que han viajado a o que viven en zonas de transmisión Zika durante el embarazo, incluya un examen de los siguientes hallazgos clínicos:

- La aparición aguda de fiebre con erupción maculopapular, artralgia, o conjuntivitis.
- Mialgia y dolor de cabeza
- Síndrome de Guillain-Barré

Realizar un examen completo del lactante por los siguientes hallazgos clínicos:

- microcefalia
- anomalías neurológicas



700 Brooker Creek Blvd.
Suite 1800
Oldsmar, FL 34677
Cryo-Cell.com