

Questionario sobre riesgo materno

Para responder a las preguntas 37 a 46, vea la lista de países afectados en las tablas siguientes:

Guía de referencia para las preguntas 37 y 40: Países que se consideran de riesgo para la transmisión de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vCJD)

Albania	Francia	Países Bajos (Holanda)	Suiza	Yugoslavia (República Federal de)
Austria	Alemania	Noruega	Reino Unido:	Kosovo,
Bélgica	Grecia	Polonia	Inglatera,	Montenegro,
Bosnia-Herzegovina	Hungría	Portugal	Irlanda del Norte,	Serbia
Bulgaria	Irlanda (República de)	Rumania	Escocia, Gales,	
Croacia	Italia	República Eslovaca	la Isla de Man,	
República Checa	Liechtenstein	Eslovenia	las Islas del Canal de la Mancha,	
Dinamarca	Luxemburgo	España	Gibraltar o	
Finlandia	Macedonia	Suecia	las Islas Malvinas (Falkland)	

37. Desde 1980, ¿alguna vez ha vivido o viajado a algún país considerado de riesgo para la transmisión de la vCJD (variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)? (vea la tabla) Sí No
Si responde que sí, responda a las preguntas 38 a 40. Si responde que no, pase a la pregunta 41.
38. Entre 1980 y 1996, ¿pasó un total de 3 meses o más en el Reino Unido (Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia, Gales, la Isla de Man, las Islas del Canal de la Mancha, Gibraltar o las Islas Malvinas (Falkland))? Sí No
39. Desde 1980, ¿ha recibido una transfusión de sangre o de componentes de la sangre mientras se encontraba en el Reino Unido o Francia? Sí No
40. Desde 1980, ¿ha pasado un total de 5 años o más (incluido el tiempo en el Reino Unido entre 1980 y 1996) en algún país considerado de riesgo para la transmisión de la vCJD (variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)? (vea la tabla) Sí No
41. Entre 1980 y 1996, ¿pertenece a las fuerzas armadas de los EE. UU., fue empleada civil de las fuerzas armadas o dependiente de un miembro o de un empleado civil de las fuerzas armadas de los EE. UU.? Sí No
42. Entre 1980 y 1990, ¿pasó un total de 6 meses o más en una base militar en alguno de los siguientes países: Reino Unido, Bélgica, Países Bajos o Alemania? Sí No
43. Entre 1980 y 1996, ¿pasó un total de 6 meses o más en una base militar en alguno de los siguientes países: España, Portugal, Turquía, Italia o Grecia? Sí No

Guía de referencia para las preguntas 44 a 46: Países africanos que se consideran de riesgo para la transmisión del VIH-1 grupo O

Benín	República Centroafricana	Congo	Gabón	Níger	Senegal	Zambia
Camerún	Chad	Guinea Ecuatorial	Kenia	Nigeria	Togo	

44. Desde 1977, ¿nació, vivió más de un año o viajó a un país africano considerado de riesgo para la transmisión del VIH-1 grupo O? (vea la tabla) Sí No
Si responde que Sí, responda a la pregunta 45. Si responde que no, pase a la pregunta 46.
45. Mientras se encontraba en uno de los países africanos mencionados en la tabla, ¿recibió alguna transfusión de sangre o algún tratamiento médico con un producto derivado de la sangre? Sí No
46. ¿Ha tenido contacto sexual con alguna persona que haya nacido o vivido en alguno de los países africanos que figuran en la tabla desde 1977? Sí No
47. En algún momento durante su embarazo:
- 47a. ¿Le han diagnosticado la infección por el virus del Zika? Sí No
- 47b. ¿Ha residido o viajado a una zona de riesgo por el virus del Zika? Sí No
- 47c. ¿Ha tenido contacto sexual con una persona al que le diagnosticaron la infección por el virus del Zika en los 6 meses anteriores a dicho contacto sexual? Sí No
- 47d. ¿Ha tenido contacto sexual con una persona que viajó o residió en una zona de riesgo por el virus del Zika en los 6 meses anteriores a dicho contacto sexual? Sí No

Inscripción para sangre de cordón: Questionario sobre riesgo materno

Para uso del banco solamente

Coloque la etiqueta con el código de barras de ID NMDP CBU aquí. [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] ID CBU NMDP	Coloque la etiqueta con el código de barras de CBU ID local aquí. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ID CBU local	
Coloque la etiqueta con el código de barras de ID materna NMDP aquí. [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] ID materna NMDP	Coloque la etiqueta con el código de barras de ID materna local aquí. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ID materna local	M M / D D / A A A A Fecha de hoy
		Iniciales de la madre del bebé [] []

Por favor, lea las preguntas cuidadosamente y responda lo mejor que pueda.

1. ¿Alguna vez ha donado o intentado donar sangre de cordón a este banco de sangre de cordón usando su nombre actual u otro nombre? Sí No
2. ¿Ha sido, por algún motivo, aplazada o rechazada como donante de sangre o donante de sangre de cordón, o le dijeron que no donara sangre o sangre de cordón? Sí No
Si responde que sí, ¿por qué?
3. ¿Ha usado alguno de los siguientes medicamentos?
- 3a. Insulina de vaca (insulina bovina o vacuna) desde 1980 Sí No
- 3b. Hormona de crecimiento de la glándula pituitaria humana alguna vez Sí No
4. En las últimas 8 semanas, ¿ha recibido alguna inyección o vacuna? Sí No
Si responde que sí, describa:
5. En las últimas 12 semanas, ¿ha tenido contacto con alguien que haya recibido la vacuna contra la viruela? (Algunos ejemplos de contacto son: intimidad física, tocar el lugar de la vacunación, tocar las vendas o lo que cubre el lugar de la vacunación, o manipular ropa de cama o prendas que habían estado en contacto con el lugar de la vacunación sin vender). Sí No
6. En los últimos 4 meses, ¿ha tenido dos o más de los siguientes síntomas: fiebre (>100.5 °F o 38.06 °C), dolor de cabeza, debilidad muscular, sarpullido en el tronco del cuerpo o ganglios linfáticos hinchados? Sí No
Si responde que sí, ¿qué síntomas y cuándo?
7. ¿Alguna vez ha tenido algún tipo de cáncer, incluso leucemia? Sí No
Si responde que sí, describa:
8. Durante el embarazo, ¿le han diagnosticado infección por el virus del Nilo Occidental o ha obtenido un resultado positivo en un análisis de detección del virus del Nilo Occidental? Sí No

Cuestionario sobre riesgo materno

- 9. ¿Le han diagnosticado hepatitis viral clínica sintomática después de los 11 años de edad? Sí No
- 10. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad parasitaria de la sangre (por ejemplo, leishmaniasis, babesiosis o mal de Chagas) o ha obtenido un resultado positivo en un análisis de detección del mal de Chagas o del *T. cruzi*, incluso en análisis de preselección? Sí No
- 11. ¿Alguna vez le han diagnosticado la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD), la variante de la CJD, demencia, alguna enfermedad degenerativa o desmielinizante del sistema nervioso central u otro trastorno neurológico de causa desconocida? Sí No
- 12. ¿A algún pariente consanguíneo alguna vez le han diagnosticado la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD) o le han dicho que su familia tiene un mayor riesgo de padecer esta enfermedad? Sí No
- 13. ¿Ha recibido algún injerto de duramadre (recubrimiento del cerebro)? Sí No
- 14. ¿Alguna vez ha recibido un trasplante o se ha sometido a otro procedimiento médico que implicó estar expuesta a células, tejidos u órganos vivos de un animal? Sí No
- 15. ¿Alguna vez ha vivido o tenido contacto sexual con una persona que haya recibido un trasplante o se haya sometido a otro procedimiento médico que implicó estar expuesto a células, tejidos u órganos vivos de un animal? Sí No

En los últimos 3 años:

- 16. ¿Ha tenido paludismo (malaria)? Sí No
- 17. ¿Ha estado fuera de los Estados Unidos o de Canadá? Sí No
Si responde que sí, indique dónde, cuándo y durante cuánto tiempo: _____

- 18. **En los 12 meses previos a la donación de la unidad de sangre de cordón, ¿ha recibido una transfusión de sangre?** Sí No

En los últimos 12 meses:

- 19. ¿Ha recibido un trasplante o un injerto de tejido de otra persona, como un órgano, médula ósea, células progenitoras, córnea, hueso, piel u otro tejido? Sí No
- 20. ¿Se ha hecho un tatuaje o perforado una oreja, la piel o el cuerpo? Sí No
Si responde que sí, responda a la pregunta 21. Si responde que no, pase a la pregunta 22.
- 21. ¿Para el tatuaje o perforación se usaron tintas, agujas, instrumentos o procedimientos que fueran compartidos o que no fueran estériles? Sí No
- 22. ¿Se ha pinchado accidentalmente con una aguja o ha estado en contacto con la sangre de otra persona a través de una herida abierta (por ejemplo, un corte o llaga), piel con lesiones o membrana mucosa (por ejemplo, los ojos, la boca, etc.)? Sí No
- 23. ¿Ha tenido o ha sido tratada por una enfermedad de transmisión sexual, incluso sífilis? Sí No
- 24. ¿Le ha dado dinero o drogas a alguien a cambio de que tuviera relaciones sexuales con usted? Sí No
- 25. ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguna persona que haya recibido dinero o drogas a cambio de sexo en los **últimos 5 años**? Sí No
- 26. ¿Ha tenido contacto sexual o vivido con una persona que tenga hepatitis C o hepatitis B viral activa o crónica? Sí No
- 27. ¿Ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una sola vez, con alguien que haya usado una aguja para inyectarse drogas, esteroides o alguna otra cosa que no le haya sido recetada por un médico en los **últimos 5 años**? Sí No
- 28. ¿Ha tenido relaciones sexuales con un hombre que haya tenido relaciones sexuales con otro hombre, aunque sea una sola vez, en los **últimos 5 años**? Sí No
- 29. ¿Ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una sola vez, con una persona que tenga VIH/SIDA o que haya obtenido un resultado positivo en un análisis de detección del virus del SIDA? Sí No

Cuestionario sobre riesgo materno

En los últimos 12 meses:

- 30. ¿Ha estado en un centro de detención juvenil, calabozo, cárcel o prisión durante más de 72 horas continuas? Sí No

En los últimos 5 años:

- 31. ¿Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas? Sí No
- 32. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas, esteroides o alguna otra cosa que no le haya sido recetada por un médico, aunque sea una sola vez? Sí No

- 33. ¿Tiene SIDA o alguna vez ha obtenido un resultado positivo en un análisis de detección del VIH (incluso en análisis de preselección)? Sí No

34. ¿Tiene alguno de los siguientes signos?

- 34a. Sudoraciones nocturnas sin causa aparente Sí No
- 34b. Manchas azules o violáceas en la piel o debajo de la piel o las membranas mucosas, típicas del sarcoma de Kaposi Sí No
- 34c. Pérdida de peso sin causa aparente Sí No
- 34d. Diarrea persistente sin causa aparente Sí No
- 34e. Tos o falta de aire sin causa aparente Sí No
- 34f. Temperatura superior a los 100.5 °F (38.06 ° °C) durante más de 10 días sin causa aparente Sí No
- 34g. Manchas blancas o llagas persistentes en la boca sin causa aparente Sí No
- 34h. Múltiples bultos en el cuello, las axilas o la ingle durante más de un mes Sí No
- 34i. Alguna infección durante el embarazo Sí No

- 35. ¿Alguna vez ha obtenido un resultado positivo en un análisis de detección del HTLV (virus linfotrópico de los linfocitos T humanos) o ha tenido paraparesia (parálisis parcial que afecta las piernas) sin causa aparente? Sí No

- 36. ¿Entiende usted que, si una persona tiene el virus del SIDA, puede contagiárselo a otra persona, aunque se sienta bien y obtenga un resultado negativo en un análisis de detección de SIDA? Sí No

Continúa en la página siguiente >