

OFFICE USE ONLY

- NMDP- Pull samples for initial typing
- A,B Molecular A,B DR Molecular
- Donor is already typed
- Donor Center DR typing sample
- Donor: (circle one) Accepted, Deferred, Duplicate
- Race: (circle one) A/PI, B, C, H, AI/AN, M

Place Bar Code label here.

INFORMACION Y EVALUACION MEDICA DEL DONANTE

Fecha de Hoy: _____
Mes Día Año

Fecha de Nacimiento: _____
Mes Día Año Edad

_____ Apellido _____ Nombre

_____ Idioma preferido para contactos futuros _____ No. de Seguro Social (opcional) _____ No. de Licencia de Conducir _____ Estado

(usarse solamente para rastrear nuevos domicilios)

Sexo:

Masculino

Femenino

¿A cuál grupo o grupos étnicos considera que pertenece? (Puede marcar más de uno.) Debido a que ciertos tipos de HLA pueden ser más comunes en algunos grupos étnicos, esta información puede ser útil a fin de seleccionar donantes que se sometan a pruebas adicionales de HLA en etapas posteriores del proceso de búsqueda.

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| Asiático e Iseño del Pacífico | Negro | Caucásico | _____ 33 Nativo de Alaska o aleutiano |
| _____ 01 Chino | _____ 12 Africano | _____ 20 Medio Oriente o costa norte de Africa | _____ 34 Indígena Americano |
| _____ 02 Filipino | _____ 13 Africano Americano | _____ 21 Norteamericano o Europeo | <i>Afiliación tribal, opcional</i> |
| _____ 03 Hawaiano o Iseño del Pacífico | _____ 14 Caribeño | Hispano/Latino | _____ 39 Otro grupo étnico |
| _____ 04 Japonés | _____ 15 Sudamericano o centroamericano | _____ 26 Caribeño | Por favor especifique |
| _____ 05 Coreano | | _____ 27 Mexicano or Chicano | |
| _____ 06 Sudasiático | | _____ 28 Sudamericano o Centroamericano | |
| _____ 07 Asiático del Sureste | | Indio Americano/Nativo de Alaska | |

_____ Calle _____ # de Departamento _____ Ciudad

_____ Estado _____ Código Postal _____ (Dirección Postal, si es diferente a la de arriba) _____ # de Depto.

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Home Phone

Teléfono que no es del trabajo _____ Empleador

_____ Calle _____ # de Habitación _____ Ciudad

_____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección del Correo Electrónico

_____ Apellido del Cónyuge (si es aplicable) _____ Nombre de su Cónyuge _____ IM ^{03-Cónyuge}

Haga una lista con los nombres de sus parientes o amigos más cercanos que no vivan con usted, y que en el futuro sepan cómo contactarlo en caso de que se mude o de que no podamos comunicarnos con usted.

_____ Apellido _____ Nombre _____ IM

_____ Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección

_____ # de Departamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Idioma de preferencia

Código de Parentesco: (01-Padres 02-Hermano(a) 04-Hijo(a) 05-Otro Pariente 06-Amigo)

_____ Apellido _____ Nombre _____ IM

_____ Teléfono del Hogar _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección

_____ # de Departamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Idioma de preferencia

Código de Parentesco: (01-Padres 02-Hermano(a) 04-Hijo(a) 05-Otro Pariente 06-Amigo)

Si usted contribuyó con el costo de la tipificación de su tejido, ¿cuál fue el monto de su contribución? \$ _____ (Usaremos esta información únicamente para propósitos estadísticos.)



¿ES POSIBLE QUE ESTE INFECTADO CON EL VIH (EL VIRUS DEL SIDA) O CON EL VIRUS DE LA HEPATITIS?

Se le pedirá someterse a una evaluación médica como parte del proceso para convertirse en participante del Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea®. El propósito de esta evaluación médica es minimizar los riesgos tanto para el paciente como para el donante. Además de la evaluación médica, se debe revisar cuidadosamente la siguiente información.

Lea esta información antes de decidir si desea que se tipifique su tejido de HLA. Posteriormente se le preguntará si la leyó y si tiene preguntas al respecto. También se le pedirá que confirme haber contestado con veracidad todas las preguntas, y que usted no se encuentra en ninguna de las categorías de riesgo listadas.

Si existe la posibilidad de que esté infectado con el VIH (el virus del SIDA) o el virus de la hepatitis, no podrá ser donante. Con base en los requisitos de la FDA para donantes de sangre, si su respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es "sí", se considera que usted se considera en riesgo de contagio del VIH o del virus de la hepatitis y debe auto-descalificarse del programa.

1. ¿Se le ha diagnosticado SIDA, o ha obtenido resultados positivos en pruebas de detección del VIH (virus del SIDA)?
2. ¿Es usted hombre y ha tenido relaciones sexuales con otro hombre, aunque sea una vez, desde 1977?
3. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas de la calle, aunque fuera una sola vez?
4. ¿Es usted hemofílico y ha recibido factor de coagulación concentrado?
5. ¿Ha intercambiado sexo por drogas o dinero desde 1977?
6. ¿Nació o ha vivido en cualquiera de los siguientes países desde 1977: Camerún, República Central del Africa, Chad, Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Níger o Nigeria?
 - a. Si ha viajado a cualquiera de estos países desde 1977, ¿recibió alguna transfusión sanguínea o algún tratamiento médico con un producto derivado de la sangre?
 - b. ¿Ha tenido contacto sexual con alguna persona que haya nacido o vivido en cualquiera de estos países, desde 1977?

Le agradecemos por su interés, si luego de contestar estas preguntas se entera que no puede participar en el programa.

Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea® 1-800-MARROW-2 <http://www.marrows.org>

FACTORES QUE DEBE CONSIDERAR ANTES DE FIRMAR

Los pacientes que buscan un donante no relacionado en el registro del NMDP dependen de voluntarios que estén dispuestos y accesibles si se llegara a determinar su compatibilidad. Si decide unirse al registro, debe considerar cuidadosamente el compromiso de permanecer en el mismo hasta que cumpla 61 años. El NMDP está consciente de que existen circunstancias que pudiesen impedirle participar cuando se le llame. Sin embargo, el tiempo es esencial cuando los pacientes están buscando un donante, y si se sabe que cierto donante no está disponible, no se perderá tiempo tratando de contactarlo y de obtener su consentimiento.

Si se muda de residencia, si hay un cambio significativo que afecte su salud a largo plazo, o si cambia de opinión con respecto al compromiso personal de ser un posible donante, le pedimos notificarlo **inmediatamente a su centro de donantes.**

CONSENTIMIENTO PARA LA TIPIFICACION DE HLA Y EL REGISTRO EN EL NMDP®

- I. **INVITACION Y PROPOSITO** Se le invita a participar en el Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea (NMDP) como posible donante de células progenitoras. Las células progenitoras se encuentran en la médula ósea o en la sangre periférica (torrente sanguíneo), y permiten el crecimiento de nueva médula ósea. El NMDP colabora con centros médicos de trasplantes que atienden a pacientes que sufren de enfermedades sanguíneas potencialmente mortales, las cuales pueden tratarse con trasplantes de células progenitoras. Cuando un médico especializado en trasplantes decide que un paciente necesita un trasplante, seleccionará la fuente preferida de células progenitoras: médula ósea o sangre periférica. El médico seleccionará, a su juicio, la mejor para el receptor. El objetivo principal del NMDP es identificar voluntarios que donen células progenitoras de la médula ósea o células progenitoras de la sangre periférica (PBSC) por sus siglas en inglés, en algún momento futuro.
- II. **TIPOS DE DONACION DE CELULAS PROGENITORAS** Las células progenitoras viven en la médula ósea. Se desarrollan hasta convertirse en células sanguíneas maduras y entonces pasan al torrente sanguíneo. Durante una donación de células progenitoras de la médula ósea, se extraen las células del donante a través de una aguja estéril que se introduce en la parte posterior del hueso pélvico. La cantidad de médula ósea extraída depende principalmente del tamaño del receptor que necesite el trasplante. La extracción de médula ósea requiere una breve hospitalización (24 horas o menos), anestesia general o espinal, y un procedimiento de cirugía menor (*Refiérase al inserto "Donación de Células Progenitoras", de la página 2.*)
- Aunque las células progenitoras de la sangre periférica viven en el torrente sanguíneo, su número no es suficiente para permitir un trasplante de PBSC. Para aumentar el número de células progenitoras en el torrente sanguíneo, los donantes reciben un factor de crecimiento. Este factor de crecimiento, Filgrastim, es la versión sintética de una hormona producida naturalmente en el cuerpo humano. Como preparación para la extracción de PBSC, se administran inyecciones de Filgrastim durante cuatro a cinco días consecutivos, y éstas ayudarán a aumentar el número de células progenitoras que circulan en el torrente sanguíneo.
- Después de recibir el medicamento, se pueden extraer las PBSC del donante. La extracción se hace mediante aféresis, un procedimiento médico que extrae las células progenitoras de la sangre periférica. Durante el proceso de aféresis, se extrae sangre de la vena de un brazo y se hace pasar la sangre a través de una máquina que separa las células progenitoras. El resto de la sangre (sin las células progenitoras) regresa a través de una aguja que se coloca en la vena del otro brazo. El número de extracciones por aféresis depende del tamaño del receptor que necesita el trasplante. Generalmente la aféresis se lleva a cabo en el centro de sangre o en la unidad médica para pacientes externos (normalmente el procedimiento requiere de cuatro a cinco horas) y no precisa hospitalización. (*Refiérase al inserto "Donación de Células Progenitoras", de la página 2.*)
- III. **REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA** Esta inscripción y la tipificación de HLA son sólo el primer paso para la donación de médula ósea. Si la computadora del NMDP muestra que usted es un posible donante compatible con la persona que necesita un trasplante de médula ósea o de PBSC, el segundo paso puede involucrar la toma de muestras de sangre adicionales para realizar más pruebas de compatibilidad. Los pasos adicionales pueden incluir la extracción de más muestras de sangre para hacerles análisis de detección de enfermedades contagiosas, exámenes médicos, asesoramiento sobre la donación de médula ósea o de PBSC y finalmente, la extracción de médula ósea o de PBSC.
- En cada paso del proceso de cualquier tipo de extracción de médula ósea, se le proporcionará más información y la oportunidad de continuar o cancelar su participación en el programa. En este formulario de consentimiento, usted sólo está dando su autorización para inscribirse en el NMDP.
- IV. **BENEFICIOS POSIBLES PARA USTED Y PARA OTRAS PERSONAS** No se espera que la inscripción en el programa de NMDP le beneficie directamente de ninguna manera. Sin embargo, el propósito de NMDP es facilitar trasplantes de médula ósea o de PBSC de donantes no relacionados, que podrían salvar la vida de personas que necesitan trasplantes.
- V. **ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACION EN EL NMDP** Usted está en libertad de rechazar esta invitación. Independientemente de su decisión sobre la inscripción, no se afectarán sus relaciones con el NMDP de ninguna manera, ni dará como resultado ninguna penalización o pérdida de beneficios a los cuales pueda tener derecho.
- VI. **SEGURIDAD** Los riesgos físicos por inscribirse en el NMDP son los asociados a la toma de una muestra de sangre. Se considera que estos riesgos son mínimos, y la posibilidad de sufrir alguna lesión grave es muy pequeña. Si sufre una lesión, habrá tratamiento disponible, incluso primeros auxilios, tratamiento de emergencia y el cuidado adicional que se requiera. Sin embargo, es posible que ni el NMDP ni este centro de donantes puedan reembolsarle todos los costos de dicho tratamiento.
- VII. **PAGO Y COSTOS PARA USTED** No se le pagará por inscribirse en el NMDP, y si finalmente dona médula ósea o PBSC, no se le pagará por la donación. Es posible que le pidan que pague el costo de la tipificación de HLA, y si es así, se le notificará con anticipación a la extracción de sangre. Sin embargo, además de la tipificación, el NMDP no le cobrará ningún gasto que resulte de la extracción, procesamiento o análisis de su sangre, médula ósea o PBSC.
- VIII. **CARACTER CONFIDENCIAL** No se revelará su identidad en ningún informe o declaración que resulte de su participación en el NMDP. Los datos de la tipificación de HLA están identificados únicamente con un código en el NMDP, y el centro de donantes mantiene confidencial la clave del código.
- IX. **POSIBLE SOLICITUD** Nos gustaría que estuviera consciente de otras oportunidades para participar en el NMDP o con su centro de donantes. Indique su interés en que nos comuniquemos con usted a fin de que participe en los siguientes programas.
- Sí No Me gustaría que se comunicaran conmigo respecto a futuras actividades de investigación, tales como llenar cuestionarios o donar una muestra de sangre. Entiendo que estaré en libertad de decir "No" en caso de que me llamen.
- Sí No Me gustaría que se comunicaran conmigo respecto a la donación de sangre aféresis. Entiendo que estaré en libertad de decir "No" en caso de que me llamen.
- X. **PREGUNTAS O PREOCUPACIONES** Si tiene preguntas o preocupaciones sobre esta solicitud, comuníquese con el coordinador del centro de donantes al número telefónico que se indica en la carta que recibirá cuando se vaya el día de hoy. Si tiene preguntas o preocupaciones respecto al Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea, comuníquese con el NMDP al Departamento de Servicios al Donante al teléfono 1-800-526-7809. Se le proporcionará una copia de este formulario de consentimiento para que la guarde en sus archivos.
- XI. **Mi firma abajo indica que he leído este consentimiento y los materiales educativos que se me proporcionaron, que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, que he proporcionado información exacta, que doy mi consentimiento para la tipificación de HLA y para el almacenamiento de una muestra para tipificación de HLA en el futuro, y que estoy de acuerdo en inscribirme en el Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea.**

Firma _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde _____