

FUNDACIÓN  
COMPARTE VIDA, A.C.

## Registro Mexicano de **Donadores No Relacionados** de **Médula Ósea** **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRARSE EN EL DONORMO**

### INVITACIÓN Y PROPÓSITO

Lo invitamos a registrarse en el **DONORMO** como donador de médula ósea (**Células Progenitoras Hematopoyéticas-CPHs ó “células madre”**). Nuestra meta es identificar voluntarios, que como usted, estén dispuestos a donar “células madre” de médula ósea ó de sangre de la vena del brazo (por aféresis) para enfermos cuyo recurso de tratamiento es el trasplante de médula ósea.

### REQUISITOS PARA PARTICIPAR

Tener entre 18 y 65 años, se le tomará una muestra de sangre de la vena del brazo para determinar sus Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA) para saber si es compatible con el paciente que pueda requerir la donación para su trasplante de médula ósea. La cantidad de sangre que se extrae son 10 mL, igual a 2 cucharadas. Algunas personas pueden sufrir mareo y muy rara vez un sangrado del brazo. Es excepcional una reacción de adormecimiento del brazo o una pequeñísima infección en la piel.

Los resultados obtenidos del estudio se ingresan a la base de datos del **DONORMO** y son **confidenciales**. Es importante señalar que el registro y análisis de su tipo HLA es solamente el primer paso en la donación de médula ósea. Si la computadora del **DONORMO** muestra que usted es un donador potencialmente compatible con un paciente, el segundo paso consiste en tomar otras muestras para realizar estudios más rigurosos de DNA para tener la mayor exactitud posible en la tipificación y confirmar la compatibilidad. Entre estos dos primeros pasos pueden pasar varios años antes de resultar compatible con algún paciente. Posteriormente se le someterá a un examen médico extenso, a orientación y se le explicará en qué consiste la donación y la cosecha de la médula. **Sí es de la cavidad del hueso de la pelvis, requiere de hospitalización de 24 hrs., es muy sencillo y se explica en el documento form110 “Preguntas y Respuestas sobre la Donación”. A lo largo de todo el proceso se le brindará la oportunidad de decidir si quiere continuar o detenerse.** En este documento usted está dando su autorización sólo para registrarse en **DONORMO**.

Si decide donar a partir de sangre del brazo, que es otra opción, por un procedimiento llamado “aféresis”, en lugar de donar de la cavidad del hueso, donará de la vena del brazo. **NO** requiere de anestesia ni hospitalización, sólo se le inyectará por debajo de la piel un medicamento llamado “factor estimulador de colonias” durante 5 días antes de la donación, factor que lleva a las células madre de la cavidad del hueso a la sangre periférica y que son las que se requieren para trasplantarse en el paciente vía sanguínea. Dichas células irán solas a ubicarse al lugar normal que es la médula ósea.

Es importante decirle, que si es mujer y está embarazada ó amamantando a su bebé, puede registrarse, **PERO NO PUEDE DONAR HASTA DESPUÉS DE UN AÑO DEL NACIMIENTO DEL BEBÉ.**

### LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED U OTROS

Su registro en el **DONORMO** no será objeto de remuneración alguna. El propósito primordial es **BENEFICIAR a una persona enferma que tiene como único recurso de vida el trasplante de médula ósea** con un donador no relacionado familiarmente.

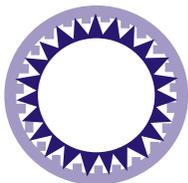
### ALTERNATIVAS DE PARTICIPACIÓN CON EL DONORMO

Tiene la libertad de descartar esta invitación. Cualquiera que sea su decisión ya sea registrarse o no, **NUNCA** afectará su relación con el **DONORMO**.

### SEGURIDAD

Los riesgos que existen al incorporarse al **DONORMO** son mínimos, pues son sólo los causados por la toma de la muestra de sangre. Si le causara alguna molestia, se le brindará el tratamiento adecuado que se derive de este procedimiento incluyendo los primeros auxilios. No se reembolsarán gastos que no se deriven directamente del procedimiento.

Tú puedes dar a alguien la oportunidad de vivir  
En la lucha contra la leucemia



FUNDACIÓN  
COMPARTE VIDA, A.C.



### LOS REEMBOLSOS A USTED

No se le pagará por pertenecer al Registro, por donar su médula ósea ó su sangre periférica. **LA DONACIÓN ES TOTALMENTE VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL.**

### GASTOS

No tendrá que cubrir ningún gasto por la colección de la médula ósea ó la sangre periférica, procesamiento, o análisis de su sangre.

### CONFIDENCIALIDAD

Su identidad NO se revelará en ningún informe relacionado con **DONORMO**. Los resultados de su tipo HLA serán identificados mediante un código y **la clave de acceso es absolutamente confidencial.**

### SOLICITUDES EN EL FUTURO

Al ser parte del Registro, el **DONORMO** podría solicitarle en el futuro que participe en alguna actividad adicional relacionada o no con la donación de médula ósea. Por ejemplo, es posible que se le pida donar sangre, participar en algún estudio de investigación, o completar algún cuestionario. **Si se le pidiera participar en dichas actividades, usted tendrá la oportunidad de decir "NO".** Si prefiriere que no le pidamos participar, no lo haremos. Por favor, escriba sus iniciales al lado de una de las siguientes frases.

\_\_\_\_\_ Sí, está bien que se me pida participar en otras actividades, yo entiendo que tengo la libertad de decir "NO".  
\_\_\_\_\_ No me pidan participar en otras actividades.

(SI) (NO) ¿Autoriza que le tomemos dos tubos de sangre de la vena del brazo para hacer la tipificación HLA?

(SI) (NO) ¿Autoriza que se realicen tipificaciones adicionales en el DNA que extraeremos de su muestra?

(SI) (NO) ¿Autoriza que utilicemos los datos de la muestra que le tomamos para algún estudio de investigación o para análisis estadístico?

(SI) (NO) ¿Autoriza, de ser necesario, que enviemos la muestra que le tomamos a otros laboratorios (nacionales o extranjeros) para confirmación de su tipificación cuando el paciente radica en el extranjero?

### PREGUNTAS

Si tiene alguna duda sobre esta solicitud o sobre el Programa en general, por favor contacte con el Director del **DONORMO** al teléfono, fax ó dirección que se indica abajo, en la copia que recibirá de este consentimiento al registrarse.

**ESTOY CONSCIENTE Y DE ACUERDO EN ACEPTAR SER DONADOR PARA CUALQUIER INDIVIDUO QUE LO REQUIERA, SIN IMPORTAR RELIGIÓN, RAZA, NACIONALIDAD O NIVEL SOCIOECONÓMICO.**

**SU FIRMA INDICA QUE HA LEÍDO Y ENTENDIDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LOS MATERIALES EDUCACIONALES RECIBIDOS; QUE HA TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, QUE SE LE HA DADO LA INFORMACIÓN MÁS PRECISA POSIBLE, Y QUE USTED ESTÁ DE ACUERDO EN REGISTRARSE EN EL DONORMO**

Nombre del Donador \_\_\_\_\_

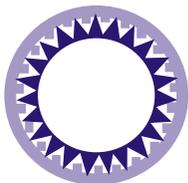
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

[www.fundacioncompartevida.org.mx](http://www.fundacioncompartevida.org.mx)  
Galileo 92, Col. Polanco. México, D.F., 11550, México. Tel. (52 55) 5280-9992 • Tel/Fax: 5281-0073  
Lada sin costo: 01 800-DONORMO (01 800-3666-766) • [fcv@fundacioncompartevida.org.mx](mailto:fcv@fundacioncompartevida.org.mx)

Tú puedes dar a alguien la oportunidad de vivir  
En la lucha contra la leucemia



**INFORMACIÓN Y VERIFICACIÓN DE SALUD DEL DONADOR**  
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

**Nombre del Donador:**

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

**Dirección del Donador:** Calle \_\_\_\_\_ No. Exterior \_\_\_\_\_ No. Interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Teléfonos del Donador:** Domicilio: Lada ( ) \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Cel: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Facebook: \_\_\_\_\_ Twitter: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Compañía donde trabaja:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** Calle \_\_\_\_\_ No. Exterior \_\_\_\_\_ No. Interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Teléfono del Trabajo:**( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBA LOS NOMBRES DE PARIENTES Ó AMIGOS CERCANOS QUE NO VIVAN CON USTED PERO QUE SIEMPRE PUEDEN COMUNICARSE CON USTED, EN CASO DE QUE NO PODAMOS LOCALIZARLO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. Exterior \_\_\_\_\_ No. Interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: Lada( ) \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Cel: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

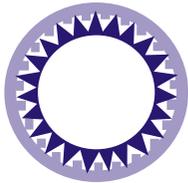
**DATOS GENERALES DEL DONADOR**

Sexo:  M  F Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: (kg.) \_\_\_\_\_ Fuma:  Si  No

**¿A cuál de los siguientes grupos étnicos considera usted que pertenece?** Porque ciertos tipos de HLA son más comunes en un grupo étnico que en otro, esta información puede ser de gran ayuda para encontrar donadores que sean compatibles con el paciente. Escoja uno:  Blanco  Hispánico  Negro  Indio Americano  Asiático  Mestizo Mexicano  Indígena Mexicano  Otro

Especificar lo más posible el grupo étnico al que pertenece: \_\_\_\_\_  
(Ejemplo: Mestizo Colombiano o Mestizo Mexicano; Blanco-Alemán o Blanco-Francés, Árabe, Judío Europeo o Judío Oriental, Mediterráneo, etc.)

Tú puedes dar a alguien la oportunidad de vivir  
En la lucha contra la leucemia



Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha en que se registra: \_\_\_\_\_ Folio de la credencial de elector: \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN MÉDICA

Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales. Esta evaluación médica está diseñada para protegerlo a usted, así como para salvaguardar al paciente que pudiese recibir su médula ósea.

1. **(SI) (NO)** ¿Está Ud. entre los 18 y 65 años de edad?
2. **(SI) (NO)** ¿Se encuentra usted en buen estado general de salud?
3. **(SI) (NO)** ¿Ha leído el escrito "Preguntas y respuestas sobre la donación de médula ósea" y entiende la información sobre la propagación de virus del SIDA a través de donaciones de sangre, plasma o médula ósea? ¿Ha respondido a todas las preguntas sinceramente y ha asegurado que usted no tiene riesgos de ninguna de las categorías antes mencionadas?

**Nota:** Si responde "Sí" a las preguntas enumeradas abajo podría o no descalificarse. Si alguna de sus respuestas es "Sí", por favor conteste con detalle para que sus respuestas puedan ser correctamente evaluadas. (Hay espacio adelante para detallar las respuestas).

4. **(SI) (NO)** ¿Ha sido rechazado o ha tenido algún problema al donar sangre?
5. **(SI) (NO)** ¿Ha padecido de alguna enfermedad grave como cáncer, diabetes, problemas del corazón o de los pulmones (incluyendo cirugía y/o ataque al corazón) convulsiones, dolores de pecho, asma o dificultad al respirar?
6. **(SI) (NO)** ¿Ha padecido hepatitis, fiebre amarilla, enfermedad del hígado, o ha resultado positivo para hepatitis en algún examen de sangre?
7. **(SI) (NO)** ¿Ha usted tenido resultados positivos en el examen de VIH (el virus del SIDA)?
8. **(SI) (NO)** ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por hemorragias o sangrado anormal?
9. **(SI) (NO)** ¿Ha recibido transfusiones de sangre o se ha tatuado durante los últimos doce meses?
10. **(SI) (NO)** ¿Durante el mes pasado ha tomado o usado algún medicamento bajo prescripción médica?
11. **(SI) (NO)** ¿Alguna vez ha tomado hormona de crecimiento o etretinate (Tegison™, medicamento usado para el tratamiento de la psoriasis)?
12. **(SI) (NO)** ¿Ha usted usado drogas en forma inyectable, **no prescritas por el médico**?
13. **(SI) (NO)** ¿Se ha sometido al análisis de sus antígenos HLA, y si así fue: ¿Dónde y cuándo?

14. ¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

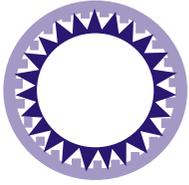
15. Espacio para detallar respuestas "Sí", (excepto # 1, #2, #3):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



FUNDACIÓN  
COMPARTE VIDA, A.C.

## Registro Mexicano de **Donadores No Relacionados** de **Médula Ósea** **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRARSE EN EL DONORMO**

### INVITACIÓN Y PROPÓSITO

Lo invitamos a registrarse en el **DONORMO** como donador de médula ósea (**Células Progenitoras Hematopoyéticas-CPHs** ó “**células madre**”). Nuestra meta es identificar voluntarios, que como usted, estén dispuestos a donar “células madre” de médula ósea ó de sangre de la vena del brazo (por aféresis) para enfermos cuyo recurso de tratamiento es el trasplante de médula ósea.

### REQUISITOS PARA PARTICIPAR

Tener entre 18 y 65 años, se le tomará una muestra de sangre de la vena del brazo para determinar sus Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA) para saber si es compatible con el paciente que pueda requerir la donación para su trasplante de médula ósea. La cantidad de sangre que se extrae son 10 mL, igual a 2 cucharadas. Algunas personas pueden sufrir mareo y muy rara vez un sangrado del brazo. Es excepcional una reacción de adormecimiento del brazo o una pequeñísima infección en la piel.

Los resultados obtenidos del estudio se ingresan a la base de datos del **DONORMO** y son **confidenciales**. Es importante señalar que el registro y análisis de su tipo HLA es solamente el primer paso en la donación de médula ósea. Si la computadora del **DONORMO** muestra que usted es un donador potencialmente compatible con un paciente, el segundo paso consiste en tomar otras muestras para realizar estudios más rigurosos de DNA para tener la mayor exactitud posible en la tipificación y confirmar la compatibilidad. Entre estos dos primeros pasos pueden pasar varios años antes de resultar compatible con algún paciente. Posteriormente se le someterá a un examen médico extenso, a orientación y se le explicará en qué consiste la donación y la cosecha de la médula. **Sí es de la cavidad del hueso de la pelvis, requiere de hospitalización de 24 hrs., es muy sencillo y se explica en el documento form110 “Preguntas y Respuestas sobre la Donación”. A lo largo de todo el proceso se le brindará la oportunidad de decidir si quiere continuar o detenerse.** En este documento usted está dando su autorización sólo para registrarse en **DONORMO**.

Si decide donar a partir de sangre del brazo, que es otra opción, por un procedimiento llamado “aféresis”, en lugar de donar de la cavidad del hueso, donará de la vena del brazo. **NO** requiere de anestesia ni hospitalización, sólo se le inyectará por debajo de la piel un medicamento llamado “factor estimulador de colonias” durante 5 días antes de la donación, factor que lleva a las células madre de la cavidad del hueso a la sangre periférica y que son las que se requieren para trasplantarse en el paciente vía sanguínea. Dichas células irán solas a ubicarse al lugar normal que es la médula ósea.

Es importante decirle, que si es mujer y está embarazada ó amamantando a su bebé, puede registrarse, **PERO NO PUEDE DONAR HASTA DESPUÉS DE UN AÑO DEL NACIMIENTO DEL BEBÉ.**

### LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED U OTROS

Su registro en el **DONORMO** no será objeto de remuneración alguna. El propósito primordial es **BENEFICIAR a una persona enferma que tiene como único recurso de vida el trasplante de médula ósea** con un donador no relacionado familiarmente.

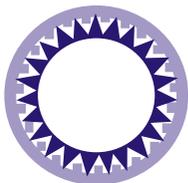
### ALTERNATIVAS DE PARTICIPACIÓN CON EL DONORMO

Tiene la libertad de descartar esta invitación. Cualquiera que sea su decisión ya sea registrarse o no, **NUNCA** afectará su relación con el **DONORMO**.

### SEGURIDAD

Los riesgos que existen al incorporarse al **DONORMO** son mínimos, pues son sólo los causados por la toma de la muestra de sangre. Si le causara alguna molestia, se le brindará el tratamiento adecuado que se derive de este procedimiento incluyendo los primeros auxilios. No se reembolsarán gastos que no se deriven directamente del procedimiento.

Tú puedes dar a alguien la oportunidad de vivir  
En la lucha contra la leucemia



FUNDACIÓN  
COMPARTE VIDA, A.C.



### LOS REEMBOLSOS A USTED

No se le pagará por pertenecer al Registro, por donar su médula ósea ó su sangre periférica. **LA DONACIÓN ES TOTALMENTE VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL.**

### GASTOS

No tendrá que cubrir ningún gasto por la colección de la médula ósea ó la sangre periférica, procesamiento, o análisis de su sangre.

### CONFIDENCIALIDAD

Su identidad NO se revelará en ningún informe relacionado con **DONORMO**. Los resultados de su tipo HLA serán identificados mediante un código y **la clave de acceso es absolutamente confidencial.**

### SOLICITUDES EN EL FUTURO

Al ser parte del Registro, el **DONORMO** podría solicitarle en el futuro que participe en alguna actividad adicional relacionada o no con la donación de médula ósea. Por ejemplo, es posible que se le pida donar sangre, participar en algún estudio de investigación, o completar algún cuestionario. **Si se le pidiera participar en dichas actividades, usted tendrá la oportunidad de decir "NO".** Si prefiriere que no le pidamos participar, no lo haremos. Por favor, escriba sus iniciales al lado de una de las siguientes frases.

\_\_\_\_\_ Sí, está bien que se me pida participar en otras actividades, yo entiendo que tengo la libertad de decir "NO".  
\_\_\_\_\_ No me pidan participar en otras actividades.

(SI) (NO) ¿Autoriza que le tomemos dos tubos de sangre de la vena del brazo para hacer la tipificación HLA?

(SI) (NO) ¿Autoriza que se realicen tipificaciones adicionales en el DNA que extraeremos de su muestra?

(SI) (NO) ¿Autoriza que utilicemos los datos de la muestra que le tomamos para algún estudio de investigación o para análisis estadístico?

(SI) (NO) ¿Autoriza, de ser necesario, que enviemos la muestra que le tomamos a otros laboratorios (nacionales o extranjeros) para confirmación de su tipificación cuando el paciente radica en el extranjero?

### PREGUNTAS

Si tiene alguna duda sobre esta solicitud o sobre el Programa en general, por favor contacte con el Director del **DONORMO** al teléfono, fax ó dirección que se indica abajo, en la copia que recibirá de este consentimiento al registrarse.

**ESTOY CONSCIENTE Y DE ACUERDO EN ACEPTAR SER DONADOR PARA CUALQUIER INDIVIDUO QUE LO REQUIERA, SIN IMPORTAR RELIGIÓN, RAZA, NACIONALIDAD O NIVEL SOCIOECONÓMICO.**

**SU FIRMA INDICA QUE HA LEÍDO Y ENTENDIDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LOS MATERIALES EDUCACIONALES RECIBIDOS; QUE HA TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, QUE SE LE HA DADO LA INFORMACIÓN MÁS PRECISA POSIBLE, Y QUE USTED ESTÁ DE ACUERDO EN REGISTRARSE EN EL DONORMO**

Nombre del Donador \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

www.fundacioncompartevida.org.mx  
Galileo 92, Col. Polanco. México, D.F., 11550, México. Tel. (52 55) 5280-9992 • Tel/Fax: 5281-0073  
Lada sin costo: 01 800-DONORMO (01 800-3666-766) • fcv@fundacioncompartevida.org.mx

Tú puedes dar a alguien la oportunidad de vivir  
En la lucha contra la leucemia