

BANCO NACIONAL DE ADN

CUESTIONARIO DEL DONANTE

El donante accede a ser contactado en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos en el cuestionario de salud.

- Sí
 No

Provincia de donación: _____

1. Sexo Hombre Mujer

2. Año de nacimiento: _____
 Año

3. DATOS CLÍNICO-FISIOLÓGICOS:

Altura:

Peso:

Datos clínicos:

Ritmo cardíaco:
Presión arterial:
Hematocrito:
Hemoglobina:

ACTIVIDAD FÍSICA

4. ¿Qué tipo de ejercicio implica **su trabajo o actividad habitual?**

1. Sentado la mayor parte del tiempo
 2. De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos o esfuerzos
 3. Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes
 4. Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico

5. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su **tiempo libre?**

1. No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)
 2. Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)
 3. Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
 4. Entrenamiento físico varias veces a la semana

MEDIOS DE TRANSPORTE

6. Seleccione cuál es su **medio habitual de transporte:**

1. Coche particular como conductor
 2. Coche particular como pasajero
 3. Transporte público (autobús, metro...)
 4. Andando
 5. Bicicleta...
 6. Moto

TRABAJO

7. Indique su **situación laboral** habitual:

1. Parado
2. Estudiante
3. Opositor
4. Ama de casa
5. Trabajador autónomo
6. Empresario (hasta 10 empleados)
7. Empresario (de 10-50 empleados)
8. Empresario (de 50-100 empleados)
9. Empresario (más de 100 empleados)
10. Trabajador por cuenta ajena
11. Funcionario

8. Por favor, especifique lo mejor posible, cual es su **profesión:**

HÁBITOS ALIMENTICIOS

9. ¿Con que frecuencia **comió** usted la semana pasada los alimentos que figuran a continuación?

	0 días	1-2 días	3-5 días	6-7 días
1. Fruta fresca				
2. Carne				
3. Pescado				
4. Pasta, arroz, patatas				
5. Pan, cereales				
6. Verdura				
7. Legumbres				
8. Embutidos				
9. Lácteos (leche, queso, yogur)				
10. Huevos				
11. Dulces (galletas, mermeladas...)				

10. ¿Cuántas tazas de **café o té** toma normalmente al día? _____

TABACO

11. Actualmente, ¿usted **fuma** a diario, ocasionalmente o nunca?

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Cigarros | Puros | Pipa |
| 1. Diariamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. ¿Qué **tipo de tabaco y cantidad** fuma usted cada día?

- Cigarros _____
 Puros _____
 Pipa _____

13. En caso de no ser actualmente fumador, ¿**ha fumado alguna vez?**

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Cigarros | Puros | Pipa |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. ¿A que **edad empezó** usted a fumar?

- | | | | |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Cigarros | Puros | Pipa |
| Edad en años | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

15. ¿A que **edad dejó** usted al hábito de fumar?

- | | | | |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Cigarros | Puros | Pipa |
| Edad en años | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ALCOHOL

16. Habitualmente, ¿qué cantidad de **alcohol** consume?

Vino:

¿Toma vino en las comidas?

- Sí, ¿cuántos vasos (10cl)?
 No

¿Toma algún vino fuera de las comidas?

- Sí, ¿cuántos vasos (10cl)?
 No

Cerveza:

¿Toma cervezas a diario?

- Sí, ¿cuántas cervezas (33cl)?
 No

¿Toma cervezas el fin de semana?

- Sí, ¿cuántas cervezas (33cl)?
 No

Copas:

¿Toma alguna copa a diario?

- Sí, ¿cuántas copas(4cl)?
 No

¿Toma alguna copa el fin de semana?

- Sí, ¿cuántas copas (4cl)?
 No

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO

17. ¿Dónde ha **residido** usted, por periodos superiores a un año, desde su nacimiento? (especifique su provincia de residencia, el tiempo que ha residido en ella y el tamaño del municipio donde residió). Indíquelo en orden cronológico, del más antiguo al más actual.

Residencia principal (provincia y país)	Duración (nº de años)	Tamaño*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

*Tamaño del municipio de residencia: indicar en la tabla el código que corresponda al tamaño:

- Menos de 1.000 hab.
- De 1.000 a 10.000 hab.
- De 10.000 a 50.000 hab.
- De 50.000 a 500.000 hab.
- Más de 500.000 hab.

18. ¿Tiene usted **hijos?** (no incluya los hijos adoptados)

- SI, ¿cuántos? _____
 NO

19. ¿Tiene algún **hermano/a** (con el que usted comparta al menos un padre o madre biológico)?

- SI
 ¿Cuántos hermanos? _____
 ¿Cuántas hermanas? _____
 NO
 NO SABE

20. ¿Tiene algún hijo, hermano... con alguna **discapacidad intelectual?**

- SI. Indique parentesco: _____
 Tipo de discapacidad: _____
 Grado (>33%, <60%, >65%) _____
 NO

IDIOMAS

21. ¿Cuál es la **lengua** (o lenguas) que usted aprendió en su infancia y que aún puede entender?

- 1. Castellano
- 2. Catalá
- 3. Euskara
- 4. Galego
- 5. Alemán
- 6. Inglés
- 7. Francés
- 8. Otros (especifique) _____

22. ¿Qué **otros idiomas** habla o comprende?

- 1. Inglés
- 2. Francés
- 3. Alemán
- 4. Portugués
- 5. Italiano

- 6. Otros (especifique) _____

ESTUDIOS

23. ¿Cuáles son sus estudios oficiales de más alto nivel que ha alcanzado?

- 1. Estudios primarios (graduado escolar)
- 2. Formación Profesional de 1º grado
- 3. Formación Profesional de 2º grado
- 4. Bachillerato Superior (BUP, bachillerato, LOGSE, COU, PREU)
- 5. Diplomatura, arquitectura o ingeniería técnica
- 6. Licenciatura, arquitectura o ingeniería
- 7. Doctorado
- 8. Ninguno

CUESTIONARIO GENEALÓGICO:

		NACIMIENTO			FALLECIMIENTO
		Lugar (provincia y país)	Tamaño del municipio*	Edad actual	Edad de fallecimiento
Padres	Donante				
	Padre				
	Madre				
Abuelos	Abuelo materno				
	Abuela materna				
	Abuelo paterno				
	Abuela paterna				

*Tamaño del municipio de residencia: indicar en la tabla el código que corresponda al tamaño:

- 1. Menos de 1.000 hab.
- 2. De 1.000 a 10.000 hab.
- 3. De 10.000 a 50.000 hab.
- 4. De 50.000 a 500.000 hab.
- 5. Mayores de 500.000 hab.

ENFERMEDADES

24. ¿Sufre o ha sufrido usted alguna enfermedad relevante?

- Sí
 No

25. ¿Han sufrido sus padres o abuelos alguna enfermedad relevante?

- Sí
 No

26. En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 24 y/o 25, ¿Cuál ha sido el tipo de enfermedad que padeció o padecieron usted o sus familiares?, Señale con una X y especifique las enfermedades al final de la tabla.

	Usted	Madre	Padre	Abuelo materno	Abuela materna	Abuelo paterno	Abuela paterna
Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades endocrinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades mentales o del comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades circulatorias o del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades arteriales o venosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias o pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, especifíquelas: (Para contestar a esta pregunta puede ayudarse de la lista de enfermedades recogidas al final de este cuestionario)

1. Usted: _____
2. Madre: _____
3. Padre: _____
4. Abuelo materno: _____
5. Abuela materna: _____
6. Abuelo paterno: _____
7. Abuela paterna: _____

LISTA DE ENFERMEDADES:**Enfermedades infecciosas:**

fiebre de malta
tuberculosis
encefalopatía espongiiforme
hepatitis
SIDA
otros

Tumores (cáncer):

de piel o melanoma
de pulmón
de mama
de ovarios, útero
de próstata
de boca y lengua
de esófago
de colon o intestino
de estómago
de hígado
de páncreas
de riñón
cerebral o de médula espinal
leucemias o linfomas
mieloma múltiple
otros

Enfermedades de la sangre:

hemofilia
otros

Enfermedades endocrinas:

bocio
diabetes mellitus
hipertiroidismo
hipotiroidismo
síndrome de Addison
enfermedad de Hashimoto
otros

Enfermedades mentales o del comportamiento:

esquizofrenia
Alzheimer
parkinson
demencia senil
autismo
dislexia
depresión
otros

Enfermedades del sistema nervioso:

esclerosis múltiple
esclerosis lateral amiotrófica
epilepsia
migraña
otros

Alteraciones oculares:

glaucoma
miopía

astigmatismo
hipermetropía
estrabismo
cataratas
degeneración macular
otros

Alteraciones auditivas:

congénitas (de nacimiento)
adquiridas por enfermedad
adquirida por accidente

Enfermedades circulatorias o del corazón:

hipertensión
infarto de miocardio
angina de pecho
aneurisma
arteriosclerosis
derrame cerebral
otros

Enfermedades arteriales o venosas:

varices
otras

Enfermedades respiratorias o pulmonares:

asma
bronquitis crónica
neumonía
fibrosis quística
otros

Enfermedades de los huesos:

osteoporosis
artritis
artrosis
otros

Enfermedades congénitas:

síndrome de Down
otros

Enfermedades autoinmunes:

artritis reumatoide
lupus eritematoso
tiroideas
otras

Enfermedades de la piel:

Psoriasis
pénfigo
otros

Enfermedades del aparato digestivo:

pólipos intestinales
úlcera gástrica / duodenal
colitis ulcerosa
enfermedad del Crohn
otras