



# REGISTRE DE DONANT

BANC DE TEIXITS NEUROLÒGICS

Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS



IMP 101-b REV B (01/10/2016)

## 1. Dades generals donant

Nom	1r cognom	2n cognom
Gènere	Data naixement (dd/mm/aaaa)	DNI
Lloc naixement	Adreça (carrer, núm, pis)	
Població	Província	Codi postal
Telèfon/s	E-mail	
Es dretà/na, esquerrà/na o ambidextre?	Estat civil	
Nº total d'anys durant els quals ha rebut algun tipus d'educació (escola, universitat, etc)		
Nivell més alt d'educació assolit		
Professió habitual (si més d'una, posar la de més responsabilitat)		

## 2. Dades del seu metge/metgessa de capçalera

Nom	1r cognom	2n cognom
Centre	Telèfon	

## 3. Dades del familiar més proper

Nom	1r cognom	2n cognom
Víncle familiar	Adreça (carrer, núm, pis)	
Població	Codi postal	Província
Telèfon/s	E-mail	

## 4. Dades antropomètriques i hàbits

Pes (en Kg)	Alçada (en cm; exemple: 1 metre 70 centímetres = 170)
<b>Activitat física</b> - Activitat intensa (al menys 10 minuts/dia: córrer, bicicleta ritme intens, futbol...)* - Activitat moderada (al menys 10 minuts/dia : bicicleta moderat, neteja domèstica...)* - Activitat lleu (al menys 10 minuts/dia : caminar)* <i>* Si omple el formulari a mà, escrigui amb quina freqüència realitza cada activitat: cada dia / cada 2-3 dies / 1 cop per setmana / menys d'una vegada per setmana / mai.</i>	
<b>Consum de tabac</b> Quantitat	<b>Consum d'alcohol</b> Quantitat

## 5. Antecedents patològics (principals problemes de salut)

**¿És vostè completament autònom/a per les activitats de la vida diària?**  
Si ha respost "No", descriui breument per quin tipus d'activitat necessita ajuda:

**¿Té vostè problemes de memòria?** En cas afirmatiu, descriure breument:

**¿Alguna vegada li han diagnosticat algun problema de tipus neurològic (alteració de memòria o llenguatge, tremolor, alteracions de mobilitat, etc)?** En cas afirmatiu, descriure breument:



## REGISTRE DE DONANT

BANC DE TEIXITS NEUROLÒGICS

Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS



IMP 101-b REV B (01/10/2016)

Alguna vegada li han diagnosticat o ha patit algun dels següents problemes mèdics? (en cas d'omplir el formulari a mà, escriuï "si" o "no") (prémer botó per omplir automàticament)	A quina edat li van diagnosticar?
Hipertensió arterial (pressió de la sang alta)	
Diabetis (sucre a la sang alt)	
Colesterol alt	
Angina de pit / infart cor	
Cardiopatia isquèmica	
Vasculopatia perifèrica (trombosi artèries dels braços/cames)	
Malaltia pulmonar crònica	
Insuficiència hepàtica (malaltia greu del fetge)	
Insuficiència renal (malaltia greu del ronyó)	
Úlcera d'estómac	
Traumatisme cranioencefàlic amb pèrdua de coneixement	
Malaltia vascular cerebral (embòlia, ictus, vessament...)	
Infecció per virus hepatitis B	
Infecció per virus hepatitis C	
Infecció per virus VIH	
Aturada cardiorrespiratòria	
Càncer                      Especificar tipus i edat diagnòstic:	
Malalties psiquiàtriques                      Especificar tipus i edat diagnòstic:	
Malalties autoimmunes                      Especificar tipus i edat diagnòstic:	
Transplantament d'òrgans / transfusions                      Especificar tipus i edat:	
Intervencions quirúrgiques                      Especificar tipus i edat:	
<b>Altres problemes de salut:</b>	

### 6. Medicació (escriure medicació que pren de forma habitual)

Data d'ompliment del formulari

### FINAL DEL FORMULARI

MOLTES GRÀCIES PER LA SEVA COL-LABORACIÓ

SI US PLAU, SEGEIXI LES INSTRUCCIONS DE LES PÀGINES SEGÜENTS PER ENVIAR EL FORMULARI PER CORREU ELECTRÒNIC O CORREU POSTAL

Si té qualsevol dubte pot trucar-nos al 93 451 76 64 o escriure'ns a [biobanc.bcn@idibaps.org](mailto:biobanc.bcn@idibaps.org)



## REGISTRE DE DONANT

BANC DE TEIXITS NEUROLÒGICS

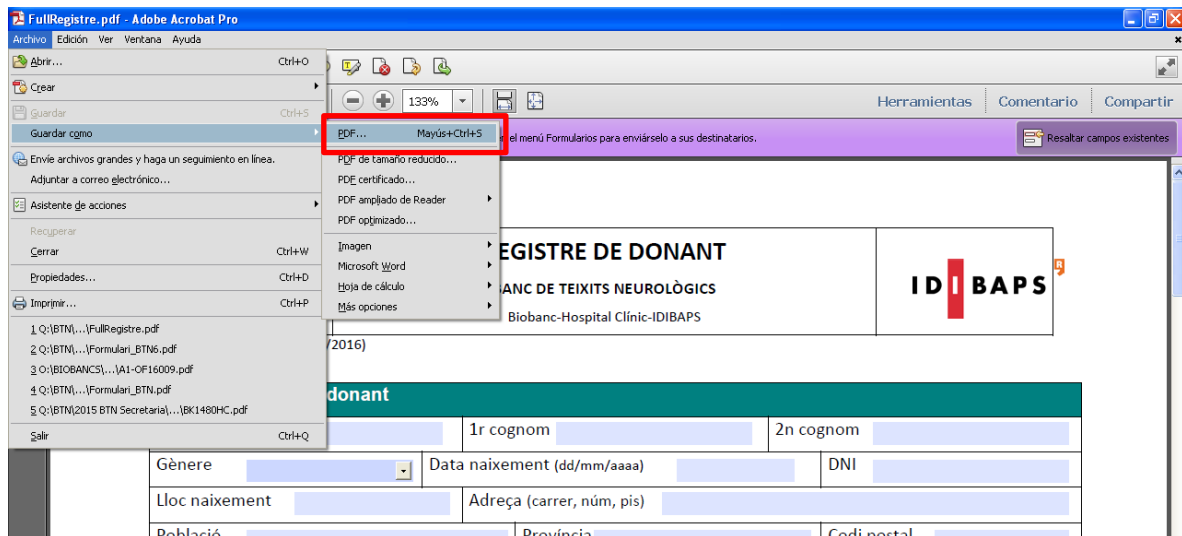
Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS



IMP 101-b REV B (01/10/2016)

### INSTRUCCIONS PER L'ENVIAMENT DEL FORMULARI PER CORREU ELECTRÒNIC

1. Desar formulari a l'ordinador (Archivo > Guardar como > PDF)



2. Enviar formulari adjunt per correu electrònic a [biobanc.btn@idibaps.org](mailto:biobanc.btn@idibaps.org)

### INSTRUCCIONS PER L'ENVIAMENT DEL FORMULARI PER CORREU POSTAL

Enviar el formulari per correu postal a la següent adreça:

**Banc de Teixits Neurològics**  
Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS  
Facultat de Medicina  
c/ Casanova 143, ala sud, planta 0  
08036 Barcelona

Si ho prefereix, pot entregar-nos el formulari personalment a aquesta mateixa adreça (horari dilluns-divendres 09:00 a 18:00, es recomana trucar abans per telèfon per concertar la cita)