



Průvodní list pro autologní odběr

Průvodní list pro autologní odběr							
pupečnickové krve CLASSIC		pupečnickové a placentární krve PREMIUM		TKÁNĚ PUPEČNÍKU		TKÁNĚ PLACENTY	
A Osobní údaje matky:							
Příjmení: _____		Datum narození: _____		Rodné číslo: _____			
Jméno: _____		Trvalé bydliště: _____		Přechodné bydliště: _____			
Ulice: _____		Město: _____ PSČ: _____		Ulice: _____		Město: _____ PSČ: _____	
B Laboratorní vyšetření matky:							
Krevní skupina: _____		pozit. negat. nevyš. očk. pozit. negat. nevyš.		pozit. negat. nevyš.			
HBs antigen				anti-HBc			
Hepatitida C				Syfilis			
Rubeola				Toxoplazmóza			
HIV				Krevní vzorky matky ovlivněny hemodilucí		ne ano	
Výplňte podáváte objem vztahující se ke vzorku matky							
C Osobní údaje novorozence:							
Příjmení: _____		Datum porodu: _____		Pohlaví: ženská mužská			
Jméno: _____		Váha: _____ g Délka: _____ cm					
D Odběr:							
Čas odběru: _____ hodin _____ minut		Odhadovaná doba od přerušení pupečnicku do odběru: _____ sekund					
Porodní komplikace ovlivňující odběr: _____							
1) Při odběru CLASSIC/PREMIUM se vyskytl:							
Závažná nežádoucí událost:		ne ano		Pokud ano specifikujte:			
Závažná nežádoucí reakce:		ne ano					
Neshodná práce:		ne ano					
Použitá dezinfekce (uveďte komerční název): _____							
Šarže dezinfekce: _____							
Oplach vodou na injekci šarže č./fyzologickým roztokem, šarže č.: _____							
Výplňte pouze v případě, že použijete balení Aqua pro inj. Ryzíolog. roztoku navíc ze zásob Vaše ho oddělení							
2) Při odběru TKÁNĚ PUPEČNÍKU/TKÁNĚ PLACENTY se vyskytl:							
Závažná nežádoucí událost:		ne ano		Použitá dezinfekce (uveďte komerční název): _____			
Závažná nežádoucí reakce:		ne ano		Šarže dezinfekce: _____			
Neshodná práce:		ne ano		Oplach fyziologickým roztokem, šarže č.: _____			
Výplňte pouze v případě, že použijete balení fyziolog. roztoku navíc ze zásob Vašeho oddělení							
E Dárce identifikoval/a a posouzení vhodnosti a zdravotní způsobilosti dárce provedl/a:							
Příjmení: _____		Název: _____					
Jméno: _____		Razítko: _____					
Podpis: _____							
Datum: _____							
Kontakt s koordinátorem CBC CZ:							
Dne: _____		_____ hodin _____ minut					
CLASSIC/PREMIUM							
Odebírající osoba:				Asistující osoba:			
Příjmení: _____		Příjmení: _____		Příjmení: _____		Příjmení: _____	
Jméno: _____		Jméno: _____		Jméno: _____		Jméno: _____	
Podpis: _____		Podpis: _____		Podpis: _____		Podpis: _____	
TKÁNĚ PUPEČNÍKU:				TKÁNĚ PLACENTY:			
Odebírající osoba:		Odebírající osoba:		Odebírající osoba:		Odebírající osoba:	
Příjmení: _____		Příjmení: _____		Příjmení: _____		Příjmení: _____	
Jméno: _____		Jméno: _____		Jméno: _____		Jméno: _____	
Podpis: _____		Podpis: _____		Podpis: _____		Podpis: _____	

Výtisk 23-05

PROVEDENÝ ODBĚR NEPRODLENĚ NAHLASTE NA TELEFONNÍ ČÍSLO (NEBO ZÁZNAMNÍK): 800 900 1391

Tato příloha nepodléhá připomínkovému řízení.