



Příloha č. 9 PP-Řd-004-08-11-9

Průvodní list pro indikovaný příbuzenský odběr pupečnickové a placentární krve

Průvodní list pro indikovaný příbuzenský odběr pupečnickové a placentární krve			
A Osobní údaje matky:			
Příjmení:	Datum narození:		
Jméno:	Rodné číslo:		
Trvalé bydliště:			
Ulice:	Přechodné bydliště:		
Město: PSČ:	Město: PSČ:		
B Laboratorní vyšetření matky:			
Krevní skupina:			
HBs antigen	pozit. ☐ negat. ☐ nevys. ☐ očk. ☐	anti-HBc	pozit. ☐ negat. ☐ nevys. ☐
Hepatitida C	☐	Syfilis	☐
Rubeola	☐	Toxoplazmóza	☐
HIV	☐		
Krevní vzorky matky ovlivněny hemodilucí ne ☐ ano ☐			
(vyplňte podávání objemů tekutin ve formuláři „Záznam o hemodiluci krevního vzorku matky“)			
C Osobní údaje novorozence:			
Příjmení:	Datum porodu:	Pohlaví: ☐ ženské ☐ mužské	
Jméno:	Váha: g	Délka: cm	
D Odběr:			
Čas odběru: hodin minut	Odhadovaná doba od přerušení pupečnicku do odběru: sekund		
Porodní komplikace ovlivňující odběr:			
Při odběru pupečnickové a placentární krve se vyskytla:		Pokud ano, specifikujte:	
Závažná nežádoucí událost:	☐ ne ☐ ano		
Závažná nežádoucí reakce:	☐ ne ☐ ano		
Neshodná práce:	☐ ne ☐ ano		
Použitá dezinfekce (uveďte komerční název):			
Šarže dezinfekce:			
Oplach vodou na injekci, šarže č./fyzilogickým roztokem, šarže č.:			
(vyplňte pouze v případě, že použijete balení Aqua pro inj./fyzilog. roztoku navíc ze zásob Vášeho oddělení)			
E Dárce identifikoval/a:		Porodnice:	
Příjmení:	Název:		
Jméno:	Razítko:		
Podpis:			
Datum:			
Kontakt s koordinátorem CBC CZ:			
Dne: hodin minut			
Odběr pupečnickové a placentární krve:			
Odebírající osoba:		Asistující osoba:	
Příjmení:	Příjmení:		
Jméno:	Jméno:		
Podpis:	Podpis:		

VYR-61-03

PROVEDENÝ ODBĚR NEPRODLENĚ NAHLASTE NA TELEFONNÍ ČÍSLO 800 900 1391

Tato příloha nepodléhá připomínkovému řízení.

Není-li tento výtisk na první straně opatřen originálními podpisy, je NEŘÍZENOU KOPIÍ.

Strana 1/1