|  |
| --- |
| ***WYPEŁNIA OSOBA POZYSKUJĄCA KREW PEPOWINOWĄ*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY POZYSKUJĄCY KREW PĘPOWINOWĄ | PESEL matki  🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌 | | Numer zestawu  …………  ||**||| | |**||**||| ||||||** |
| Imię i nazwisko matki  🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌 | | |
| Nazwa, adres, pieczęć podmiotu leczniczego w którym pobrano/pozyskano materiał biologiczny  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Data i godzina porodu** (rrrr.mm.dd; gg:mm)  🗌🗌🗌🗌.🗌🗌.🗌🗌; 🗌🗌:🗌🗌 | | |
| Poród: 🞎 pojedynczy, 🞎 bliźniaczy, 🞎 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;  🞎 siłami natury, 🞎 cięcie cesarskie 🞎 zabiegowy;  🞎 prawidłowy, 🞎 powikłany  Tydzień ciąży 🗌🗌 | Płeć noworodka: 🞎 żeńska,  🞎 męska  🞎 nieokreślona  Masa urodzeniowa dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_ g | |
| Inne uwagi dotyczące przebiegu porodu (ew. powikłań) i stanu zdrowia noworodka  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Informacje o stanie zdrowia matki**  Wyniki badań przesiewowych w kierunku obecności czynników zakaźnych  anty-HIV 1/2 🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 brak danych inne badania (jakie?)  anty-HCV 🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 brak danych \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  anty-HBc 🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 brak danych \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  HBs Ag 🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 brak danych \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  kiła 🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 brak danych \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - czy u matki wykryto jakiekolwiek nowe zakażenie wymagające leczenia?  🞎 NIE, 🞎 TAK; jeśli Tak, to jakie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - czy matka przyjmuje w sposób przewlekły jakiekolwiek leki?  🞎 NIE, 🞎 TAK; jeśli Tak, to jakie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - czy doszło do medycznego lub niemedycznego zabiegu powodującego kontakt z krwią?  🞎 NIE, 🞎 TAK; jeśli Tak, to jaki? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia matki  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY POZYSKUJĄCY KREW PĘPOWINOWĄ |  | | Numer zestawu  ………….…… |
| - Oświadczam, że wszystkie dane umieszczone w tym Raporcie są zgodne z prawdą, w tym tożsamość matki, która została potwierdzona z dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości.  - Potwierdzam, że zestaw był nieuszkodzony.  - Oświadczam, że została pobrana w strzykawko-probówkę i spakowana do zestawu krew obwodowa matki.  - Potwierdzam, że przed pobraniem/pozyskaniem materiału biologicznego zapoznałam(em) się z instrukcją  **IN-PS-17-02** *Instrukcja pozyskania krwi pępowinowej –* *zestaw RCNT* znajdującymi się w zestawie RCNT.  - Oświadczam, że została przeprowadzona ocena wizualna worka do pozyskania krwi pępowinowej.  Uwagi dotyczące jakości worka do pozyskiwania krwi pępowinowej:  - czy w worku do pozyskiwania zauważono:  Nieszczelność 🞎 NIE, 🞎 TAK  Zmętnienie CPD 🞎 NIE, 🞎 TAK  Strąty 🞎 NIE, 🞎 TAK  Inne uwagi dotyczące worka do pozyskiwania  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Krew pępowinowa**  Data i godzina pozyskania KP  🗌🗌🗌🗌.🗌🗌.🗌🗌; 🗌🗌:🗌🗌  **Krew obwodowa**  Data i godzina pobrania krwi obwodowej matki  🗌🗌🗌🗌.🗌🗌.🗌🗌; 🗌🗌:🗌🗌 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Imię i nazwisko, podpis osoby*  *pozyskującej krew pępowinową*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Imię i nazwisko, podpis osoby*  *pobierającej krew obwodową* | |
|  |  | |
| **Nadzór lekarza w przypadku pozyskania**  **krwi pępowinowej przez upoważnioną położną**  *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 26.10.2018 r. ws. szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, par. 3. pkt. 3* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Imię i nazwisko, podpis lekarza*  *nadzorującego pozyskanie krwi* | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Uwagi dotyczące pozyskania krwi pępowinowej** (w tym uzasadnienie odstąpienia od pozyskania)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |