

# Entnahmeprotokoll Nabelschnurblut

**Anschrift der Klinik oder Stempel**

Name der Klinik

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**Entnahmeraum**

Raumnummer	Etage
------------	-------

**Aufkleber für BLUTBEUTEL**

**Spendetauglichkeit (SPT)**

Aus ärztlicher Sicht liegen keine Ausschlusskriterien gemäß der SOP-QM-02 (basierend auf den aktuellen Hämotherapierichtlinien für die Entnahme von Nabelschnurblut vor. Hiermit wird die **Spendetauglichkeit (SPT)** der Mutter zum Zeitpunkt der Entnahme **bestätigt**.

Datum: \_\_\_\_\_ SPT erteilender Arzt (Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mutter (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

Name, Vorname (ggfs. Geburtsname) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Entnahme von 5 Monovetten mütterlichen Blutproben > Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Erfolgte eine Infusion > 2.000 ml in den letzten 24h? >  nein  ja

SSW: \_\_\_\_\_ + Anzahl der Geburten vor dieser: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Fieber  Komplikationen bei der Geburt

Einnahmen von Medikamenten (24 h vor oder während der Geburt) \_\_\_\_\_ Wenn ja welche \_\_\_\_\_

**Angaben zum Kind (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Geburtslänge: \_\_\_\_\_ cm

Art der Geburt:  vaginal  Sectio APGAR: 1) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 10) \_\_\_\_\_

Das Kind zeigt bei Geburt keine Auffälligkeiten wie Missbildungen oder Anzeichen für Erkrankung.

**Entnahme von Nabelschnurblut (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

**Voraussetzungen zur Entnahme von Nabelschnurblut:**

- Einverständniserklärung der Mutter liegt vor
- Entnahmebox ist unversehrt, Bestandteile sind vollständig, Haltbarkeit ist nicht überschritten, Lösung im Beutelsystem weist keine Trübung auf
- Identität zwischen Etikettierung und Mutter wurde anhand der Personalien gesichert
- Entnahmeraum wurde vor der Entbindung unter Beachtung des Hygieneplanes gesäubert und desinfiziert
- keine Wassergeburt aufgrund von Kontaminationsgefahr
- Entnahme des Nabelschnurblutes erfolgte nach SOP-QM-02
- Kennzeichnung des befüllten Blutbeutels erfolgte durch Aufkleben des Identifikationsetiketts

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Die Entnahme war:  erfolgreich  problematisch  nicht möglich

Anmerkungen/Vorkommnisse \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass **alle oben genannten Voraussetzungen erfüllt** und alle **Angaben korrekt** sind.

Datum: \_\_\_\_\_ Nabelschnurblut entnehmende(r) Arzt/Hebamme (Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Leiter der Herstellung, eticur)

Von der Klinik auszufüllen

BX24 | 09 | 2018 zu SOP-QM-02