

Entnahmeprotokoll Nabelschnurblut

Original zurück an eticur), Durchschlag für die Patientenakte. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

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

Name, Vorname (ggfs. Geburtsname) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

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 zur mütterlichen Blutentnahme

Erfolgte **24 Stunden vor Entnahme** eine Infusion von **mehr als 2.000 ml**? nein ja

Entnahmezeitpunkt der mütterlichen Blutprobe (5 Monovetten): : : Uhrzeit: :

Angaben zum Kind

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.

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

Nabelschnurblutentnahme

Entnahmedatum: : : Uhrzeit: : erfolgreich problematisch nicht möglich

Anmerkung:

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

Entnehmende Person:

Name, Vorname (Druckbuchstaben)	Datum	Unterschrift
---------------------------------	-------	--------------

Von eticur) auszufüllen:

Dr. med. Josef Frank	Datum	Unterschrift Leiter der Herstellung, eticur)
----------------------	-------	--

Von der Klinik auszufüllen