



Comprovante de Entrega do Kit para Coleta de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Uso Dirigido

CCD:

Declaro, para os devidos fins, que recebi do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) do Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio) da Fundação Hemominas, um *Kit* para coleta de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (SCUP) para uso dirigido, composto pelos materiais listados abaixo, que a partir deste momento encontram-se sob minha responsabilidade:

1. Formulários:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para doação de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para uso dirigido (a parturiente deve ler, assinar e rubricar todas as folhas).
- Triagem clínica e social objetivando a doação de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário.
- Orientações para a coleta de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para uso dirigido (deve ser lido e assinado pelo profissional responsável pela coleta do SCUP, antes do parto).
- Coleta de sangue de cordão umbilical e placentário (Deve ser preenchido e assinado gradativamente, pelo profissional responsável).

2. Insumos:

- _____ caixa(s) térmica(s) para transporte do SCUP e das amostras.
- _____ Kg de gelo reciclável (deverá ficar guardado no congelador da geladeira ou em freezer até o momento do uso).
- _____ unidades de substância absorvente e _____ de plástico bolha.
- Duas bolsas de coleta de SCUP (uma para coleta e outra de reserva, para uso se necessário) e etiquetas para identificação.
- Seis tubos para coleta de exames (três sem anticoagulante com gel separador [tampa amarela], dois com K₂ EDTA (PPT) com gel separador [tampa branca] um em EDTA sem gel separador [tampa roxa]) e etiquetas para identificação.
- Uma estante para acondicionamento dos tubos.
- Um saco plástico para acondicionamento da(s) bolsa(s) e outro para os formulários
- Um dispositivo já programado para aferir a temperatura durante o transporte.

Comprometo-me em devolver este kit, em até 24 horas após a coleta do SCUP ou em até 7 dias após o nascimento do bebê, caso por motivos diversos, a coleta do SCUP não tenha sido efetivada.

Nome: _____

Assinatura: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ Telefone: _____

Data ____/____/____

Entregue por: _____

