

	<b>Coleta de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário</b>	CCD:
--	---	------

Nome completo e número do prontuário

Cole aqui a etiqueta com código de barras do BSCUP/Cetebio

**Maternidade do Hospital Sofia Feldman** (Rua Antônio Bandeira, 1060 - Tupi –CEP 31.844-130 | Belo Horizonte/MG)

\_\_\_\_\_

**1. Obtenção do TCLE doação**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_h: \_\_\_m

Resp. (Ass. e carimbo): \_\_\_\_\_

**2. Histórico do parto**

Idade gestacional: \_\_\_ sem. e \_\_\_ d.

Tempo de bolsa rota: \_\_\_ h e \_\_\_ m

Líquido amniótico com mecônio:  não  sim \_\_\_\_\_

Trabalho de parto induzido:  sim  não

Parto:  normal  fórceps  cesariana

Medicamentos antes do parto:  não  sim \_\_\_\_\_

Hora nascimento: \_\_\_h: \_\_\_m

Hora dequitação: \_\_\_h: \_\_\_m

**3. Dados do recém-nascido**

Sexo:  feminino  masculino Peso: \_\_\_\_\_g Apgar: 1º m: \_\_\_ 5º m: \_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Anormalidades:  não  sim \_\_\_\_\_

Características do Cordão:  2 AA +1 V  não \_\_\_\_\_

**4. Dados da coleta da bolsa de SCUP**

Ident. Materna:  ativa  prontuário  documento  pulseira  \_\_\_\_\_

Hora de coleta: \_\_\_h: \_\_\_m Coleta:  intra-útero  extra-útero  intra e extra útero

Resp. itens 2 a 4 (Ass. e carimbo): \_\_\_\_\_

**5. Dados da coleta das amostras maternas**

Ident. Materna:  ativa  prontuário  documento  pulseira  \_\_\_\_\_

Resp. por conferir a identificação: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_



	<b>Coleta de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário</b>	CCD:
--	---	------

Data coleta amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da coleta amostra: \_\_\_\_h: \_\_\_\_m

Risco de hemodiluição?  não  sim \_\_\_\_\_

Resp. (Ass. e carimbo): \_\_\_\_\_

**6. Dados do acondicionamento da bolsa (preencher se pertinente).**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de entrada no refrigerador: \_\_\_\_h: \_\_\_\_m

Resp. (Ass. e carimbo): \_\_\_\_\_

A temperatura do refrigerador manteve-se entre 2 e 6° C durante o armazenamento da bolsa?  sim  não \_\_\_\_\_

Resp. (Ass. e carimbo): \_\_\_\_\_

**Registro de material**

Material	Marca	Lote	Validade
Bolsa de coleta			____/____/____
Solução alcoólica 70%			____/____/____
Solução clorhexidina 2%			____/____/____
Gazes			____/____/____
Campo			____/____/____
Tubo soro			____/____/____
Tubo K2EDTA			
Tubo EDTA			

Resp. (Ass. e carimbo): \_\_\_\_\_

Observações (preencher se necessário e assinar):

---



---



---



---

Conferido por (Ass. e carimbo): \_\_\_\_\_

Medico resp. (Ass. e carimbo): \_\_\_\_\_

