Allegato M

A.O.U. Città della Salute e della Scienza Presidio O.I.R.M – S.Anna SSD Medicina Trasfusionale Materno Infantile Traumatologico Settore Banca Cellule e Tessuti	**CHECK LIST INVIO UNITA' SCO**	DS 38/01/14 Rev. 0 Del 31/12/2016

	Materiale da inviare	Cod. CB		Cod. CB		Cod. CB		**Data**	**Firma operatore**
		Si	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**		
CAMPIONI ETICHETTATI	Sacca sangue cordonale etichettata								
	n. 1 provetta prelievo sangue materno (*tappo beige) per TOXO, CMV, HIV, Treponema								
	n. 2 provette prelievo sangue materno (*tappo trasparente) per HBV, HCV, HTLV1/2, NAT								
	n. 1 provetta prelievo sangue materno (*tappo verde) per ALT e AST								
	n.1 provetta prelievo sangue materno in EDTA per HLA materno								
DOCUMENTI	n. 3 Consensi compilati e firmati da entrambi i genitori								
	Questionario anamnestico Compilato e firmato in ogni sua parte								
	Foglio dati parto								
	Sorveglianza epidemiologica								

Attivato data logger e riposto nel contenitore di trasporto? ☐ **SI** ☐ **NO**

Note:.....

.....

Nome per esteso operatore che organizza la spedizione.....

Data..... Firma.....

Firma autista per ritiro.....

DA COMPILARSI A CURA DEGLI OPERATORI BCT

Disattivato data logger ed effettuato download registrazione temperature? ☐ **SI** ☐ **NO**

Temperatura rilevata all'arrivo: .....°C

Consegnato in data: ..... / ..... / ..... alle ore: .....

Operatore Banca Cellule e Tessuti.....

Autista.....