

Tillvarataganderapport

- fylls i av ansvarig för insamlingsmomenten

OBS: Den som ansvarar för insamlingen, ansvarar även för att tillvarataganderapporten fylls i och skickas till Cellaviva, inuti Cellavivaboxen.

Vänligen fyll i nedan i god tid innan insamling sker, box- & avtalsnummer framgår av boxen.

A) MEDICINSK UTRUSTNING

Boxnummer: 0SE _____
Box number:

Avtalsnummer: _____
Agreement number: CV1SEXXXXXXXXXX

B) DEN BLIVANDE MODERN

Moderns för- och efternamn: _____
Name and surname of the mother:

Förlossningsklinik: _____
Name of the medical unit:

TILLVARATAGET MATERIAL / SAMPLED MATERIAL

1. Moderns venprov / Mother's peripheral blood sample

Datum för venprov / Date of peripheral blood sample:

- Samma dygn som stamcellsinsamling / Same day as stem cell collection
- Ej samma dygn, notera datum / Not same day, specify date: ____ . ____
mm dd
- Inte med i boxen* / Not included in the box*

* Blodprov från mamman måste skickas tillsammans med insamlingskitet för att navelsträngen skall hanteras.
/ Blood sample from the mother must be included in the collection kit in order for the cord tissue to be processed.

Namn / Name

Signatur / Signature

2. Navelsträngsblod / Umbilical cord blood

Datum och tid för insamling / Date and time of collection: ____ . ____ ; ____ . ____
mm dd hh mm

Antal stick i navelsträngen / Number of punctures: 1 2 3 Vet ej / Don't know

Namn / Name

Signatur / Signature

3. Navelsträngsvävnad / Umbilical cord tissue

Tid för insamling / Time of collection: ____ antal minuter efter födsel / minutes after birth

Namn / Name

Signatur / Signature

Tillvarataganderapport

Om du har frågor om insamlingen av navelsträngsvävnad och navelsträngsblod samt ifyllande av tillvarataganderapporten är du alltid välkommen att kontakta

CELLAVIVAS MEDICINSKA JOURSUPPORT: +46 70-286 14 20.

