|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer zestawu | | | | | | | | | | | |  | | *miejsce na etykietę* | | | | |
| Numer  dzienny | Data i godzina dostarczenia krwi | | | | | | | | | | |  | |
|  | Data i godzina rozpoczęcia kwalifikacji/ i preparatyki | | | | | | | | | | |  | |
| Data i godzina rozpoczęcia/kontynuacji preparatyki  (wypełniać tylko w przypadku gdy data jest inna niż data kwalifikacji) | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Ocena materiału i kwalifikacja krwi pępowinowej do preparatyki** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Ocena dokumentów, zestawu do pozyskiwania i jego poszczególnych elementów | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tak Nie**  🞎 🞎 nienaruszona naklejka *Biohazard*  🞎 🞎 zestaw nieuszkodzony  🞎 🞎 uwagi dotyczące druku:  17D *Świadoma zgoda rodziców*  🞎 🞎 uwagi dotyczące druku:  17D-1 *Kwestionariusz medyczny dla matki*  🞎 🞎 uwagi dotyczące druku:  17D-2 *Raport z pozyskania krwi pępowinowej*  🞎 🞎 jednoznaczna identyfikacja dawcy | | | | | | | *Uwagi dotyczące pierwszego etapu kwalifikacji*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| * 1. Ocena pojemnika do pozyskiwania i pozyskanego materiału | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tak Nie**  🞎 🞎 prawidłowy nr KIT na wszystkich elementach  zestawu  🞎 🞎 prawidłowa temperatura przechowywania i  transportu zestawu  🞎 🞎 zabezpieczone lub odcięte igły  🞎 🞎 zaciśnięte wszystkie klemy na drenach  🞎 🞎 dodane 10 ml CPD  🞎 🞎 pojemnik szczelny  🞎 🞎 brak widocznych skrzepów  🞎 🞎 prawidłowo wypełniona etykieta przez przeszkoloną  położną | | | | | | | *Uwagi dotyczące pojemnika do pozyskiwania i pozyskanego materiału*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| * 1. Ocena objętości pozyskanej krwi pępowinowej | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Waga pojemnika z krwią  ………………… **g** | | | | Objętość pozyskanej krwi z CPD  ………………… **ml** | | | | | | | | | | | | | Objętość pozyskanej krwi bez CPD  ………………… **ml** |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| * 1. Kwalifikacja krwi pępowinowej | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 **Krew zakwalifikowana do preparatyki**  🞎 **Krew warunkowo zakwalifikowana do preparatyki**  🞎 **Krew przeznaczona na cele naukowe**  🞎 **Dyskwalifikacja/Utylizacja** | | | | | | | | | | | |  | | | **Karta projektu/ Walidacja…………………………..** | | |
| * 1. Metoda preparatyki   🞎 **Manualna** | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 🞎 **Automatyczna**  …………………………………………………………  *Podpis osoby dokonującej kwalifikacji* | | | | | | | | | | | | …………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej kwalifikację* | | | | | |
| Numer dzienny | | | Numer zestawu | | | | | | | | | Numer porcji | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Numer porcji** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Przygotowanie etykiet i skierowań** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tak Nie**  🞎 🞎 dostępne wszystkie informacje niezbędne do  przygotowania etykiet i skierowań | | | | | | | | | | *Uwagi dotyczące przygotowania etykiet i skierowań*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| …………………………………………………………*…*  *Podpis osoby przygotowującej dokumenty* | | | | | | | | | | | | …………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej dokumenty* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Preparatyka porcji krwi pępowinowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tak Nie**  🞎 🞎 pobrano materiał na oznaczenie HLA  🞎 🞎 prawidłowy przebieg procesu sedymentacji *(zaznaczyć gdy dotyczy)*  🞎 🞎 brak widocznych skrzepów w preparacie  🞎 🞎 prawidłowy przebieg procesu wirowania  🞎 🞎 brak widocznej hemolizy  🞎 🞎 redukcja objętości preparatu KP do 22 ml  🞎 🞎 objętość dodanego płynu krioochronnego – 5 ml  🞎 🞎 końcowa objętość materiału – 25 ml  🞎 🞎 wykonane … próbki referencyjne preparatu krwi pępowinowej  🞎 🞎 rozdzielone części worka BC/mrożeniowego 1:4  🞎 🞎 waga worka BC/mrożeniowego………………… g | | | | | | | | | | | | *Uwagi dotyczące preparatyki*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
| 🞎 **Krew przekazano do zbiornika KWARANTANNA**  🞎 **Krew zdyskwalifikowana po preparatyce – UTYLIZACJA** | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| …………………………………………………………*…*  *Podpis osoby dokonującej preparatyki* | | | | | | | | | | | | …………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej preparatykę* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Zamrażanie porcji krwi pępowinowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tak Nie**  🞎 🞎 prawidłowy przebieg procesu mrożenia  🞎 🞎 umieszczenie porcji krwi pępowinowej w zbiorniku kriogenicznym  do przechowywania materiału biologicznego – KWARANTANNA  🞎 🞎 zamrożono 1 krioprobówkę/probówkę próżniową *(nieodpowiednie skreślić)*  w pudełku ……………… w pozycji ………………  Data i godzina zakończenia mrożenia  ………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | *Uwagi dotyczące postępowania z krioprobówką/probówką próżniową*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | |
| …………………………………………………………  *Podpis osoby dokonującej procesu mrożenia*  *Uwagi dotyczące mrożenia*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej proces mrożenia* | | | | | | | | | | | | …………………………………………………………  *Podpis osoby przenoszącej probówkę* | | | | | |
|  | | | | | |
| Numer dzienny | | | Numer zestawu | | | | | | | | | Numer porcji | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Badania krwi pępowinowej i preparatu krwi pępowinowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **WBC**      1. WBC we krwi pępowinowej …………………… x106/ml      2. WBC w preparacie KP ……………………… x106/ml      3. WBC po preparatyce (WBC 3) ……………………… x106/ml *(jeżeli dotyczy)*      4. Odzysk komórek …………………… %      5. Żywotność komórek CD45+ …………………… %   2. **CD34+ w preparacie KP**      1. Odsetek komórek CD34+ …………………… %WBC      2. CD34+ w preparacie KP ……………………… x103/ml      3. Żywotność komórek CD34+…………………..%      4. CD34+ w porcji …………………… x106/22ml   *Uwagi dotyczące badań*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | * 1. **Grupa krwi i Rh**   (wykonywane w laboratorium zewnętrznym)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   * 1. **Badanie mikrobiologiczne**   🞎 wynik ujemny; materiał jałowy  🞎 wynik dodatni; materiał zakażony  *Opis zakażenia (pozytywna butelka tlenowa/beztlenowa)*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 **Krew ZAKWALIFIKOWANA do przechowywania**  🞎 **Krew przeznaczona do przechowywania na CELE NAUKOWE / WALIDACYJNE**  🞎 **Krew ZDYSKWALIFIKOWANA po preparatyce – do utylizacji**  …………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej badania* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Badania krwi matki** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. HBsAg:   2. Anty-HBc:   3. Anty-HCV:   4. Anty-HIV 1,2:   5. Anty-CMV IgM:   6. Anty-CMV IgG:   7. Anty-Toxo IgM:   8. Anty-Toxo IgG:   9. Anty-Syfilis:   10. DNA wirusa HBV:   11. RNA wirusa HCV: | | 🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy | | | | | | | | | | | *Uwagi dotyczące badań* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| 🞎 **Krew ZAKWALIFIKOWANA do przechowywania**  🞎 **Krew przeznaczona do przechowywania na CELE NAUKOWE / WALIDACYJNE**  🞎 **Krew ZDYSKWALIFIKOWANA po preparatyce – do utylizacji**  ………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej badania* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpis do elektronicznej bazy danych** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tak Nie**  🞎 🞎 dokonano wpisu do elektronicznej bazy danych | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………  *Podpis osoby dokonującej wpisu* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer dzienny | | | Numer zestawu | | | | | | | | | Numer porcji | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Kontakt z matką** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tak Nie**  🞎 🞎 poinformowano matkę o konieczności wykonania powtórnych  badań wirusologicznych z krwi obwodowej | | | | | | | | | | | | *Uwagi dotyczące kontaktu z matką*  *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* | | | | | |
| * 1. Informację przekazano | | | | | | | | | | | |
| 🞎 telefonicznie  🞎 mailowo  🞎 w inny sposób ………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………  *Podpis osoby informującej matkę* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Badania krwi matki po 6 miesiącach** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. HBsAg:   2. Anty-HBc:   3. Anty-HCV:   4. Anty-HIV 1,2:   5. Anty-CMV IgM:   6. Anty-CMV IgG:   7. Anty-Toxo IgM:   8. Anty-Toxo IgG:   9. Anty-Syfilis:   10. DNA wirusa HBV:   11. RNA wirusa HCV: | | 🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy  🞎 ujemny 🞎 dodatni 🞎 nie dotyczy | | | | | | | | | | *Uwagi dotyczące badań* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
| 🞎 **Krew ZAKWALIFIKOWANA do przechowywania**  🞎 **Krew przeznaczona do przechowywania na CELE NAUKOWE / WALIDACYJNE**  🞎 **Krew ZDYSKWALIFIKOWANA po preparatyce – do utylizacji**  …………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej badania* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Badania układu zgodności tkankowej HLA preparatu krwi pępowinowej** (wykonywane w laboratorium zewnętrznym) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Wynik badania HLA (low resolution):   🞎 A ……………………………………………………………………………………  🞎 B ……………………………………………………………………………………  🞎 C ……………………………………………………………………………………  🞎 DRB1………………………………………………………………………………  🞎 DQB1……………………………………………………………………………… | | | | | | | | *Uwagi dotyczące badania*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej badanie* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Zwolnienie z kwarantanny** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Krew zakwalifikowana do przechowywania w zbiorniku z porcjami niezakażonymi, przeznaczonymi na cele transplantacyjne – zbiornik docelowy  🞎 Krew zdyskwalifikowana po przechowywaniu w zbiorniku kwarantanna – przeznaczone do utylizacji  🞎 Krew (zdyskwalifikowana) przeniesiona do przechowywania w zbiorniku z porcjami przeznaczonymi na cel naukowe i/lub walidacyjne – zbiornik zdyskwalifikowane | | | | | | *Uwagi dotyczące zwolnienia z kwarantanny*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………  *Data i podpis Osoby odpowiedzialnej Banku Komórek Macierzystych* | | | | | | | | | | | |
| Numer dzienny | | | | | Numer zestawu | | | | | | | | | | | Numer porcji | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Badania preparatu krwi pępowinowej po rozmrożeniu**    1. **WBC**       1. WBC we krwi pępowinowej …………………… x106/ml       2. WBC w preparacie KP ……………………… x106/ml       3. Odzysk komórek …………………… %       4. Żywotność komórek CD45+ …………………… %    2. **CD34+ w preparacie KP**       1. Odsetek komórek CD34+ …………………… %WBC       2. CD34+ w preparacie KP ……………………… x103/ml       3. Żywotność komórek CD34+…………………..%       4. CD34+ w porcji …………………… x106/22ml   *Uwagi dotyczące badań*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | * 1. **Badanie mikrobiologiczne**   🞎 wynik ujemny; materiał jałowy  🞎 wynik dodatni; materiał zakażony  *Opis zakażenia (pozytywna butelka tlenowa/beztlenowa)*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej badania* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Weryfikacja informacji, ostateczny wpis do elektronicznej bazy danych** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tak Nie**  🞎 🞎 dokumenty zweryfikowano oraz uzupełniono wpis w elektronicznej bazie danych | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ………………………………………………………  *Podpis osoby weryfikującej wpis* | | | | | | | | | | | | | | | | | |