



Cord Blood Maternal Assessment of Samples

Maternal Hospital ID Label

SECTION 1

Kit BATCH #1: _____	Kit BATCH #2: _____ Lavender Top Blood Tube <input type="checkbox"/> Pink Top Blood Tube <input type="checkbox"/> Red Top Blood Tube <input type="checkbox"/> Cord Blood IDM Sample Label <input type="checkbox"/>	Initials	
Hemodilution Assessment (Intravenous fluids infused pre-sample collection):			
A	Crystalloids:(N/S, R/L, D5W) Has patient received 2000mL within 1 hour pre sample collection?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, specify: _____mL
B	Colloids: (plasma, hetastarch, blood and blood products) Has patient received 2000mL within 48 hours pre sample collection?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, specify: _____mL
C	Maternal Weight (last weight obtained) _____(kg), If Yes to question A or B		
Sample collection: _____/_____/_____ Date		_____:_____ Time	Initials

SECTION 2

ਚਗਾਸ (CHAGAS) ਪੜਤਾਲ			Initials
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮੈਕਸੀਕੋ, ਕੇਂਦਰੀ ਅਮਰੀਕਾ ਜਾਂ ਦੱਖਣੀ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਕੁੱਲ 6 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਮਹੀਨੇ ਬਿਤਾਏ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮੈਕਸੀਕੋ, ਕੇਂਦਰੀ ਅਮਰੀਕਾ ਜਾਂ ਦੱਖਣੀ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਪੈਦਾ ਹੋਏ ਸੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਾਂ ਜਾਂ ਨਾਨੀ ਮੈਕਸੀਕੋ, ਕੇਂਦਰੀ ਅਮਰੀਕਾ ਜਾਂ ਦੱਖਣੀ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਪੈਦਾ ਹੋਈ ਸੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	

SECTION 3

Assessment algorithm to be completed if 2000ml crystalloids within 1 hour of specimen collection.

Blood volume (BV) in mL = maternal weight _____kg/0.015 = _____BV

Plasma volume (PV) in mL = maternal weight _____kg/0.025 = _____PV

A RBC volume in mL 48 hrs. pre blood sample collection

B Colloid (plasma, albumin, cryoprecipitate, platelets, hetastarch) volume in mL 48 hrs. pre blood sample collection

C Crystalloid volume in mL 1 hr. pre blood sample collection

A _____ + B _____ + C _____ = _____ <BV?

B + C _____ = _____ <PV?

If A+B+C < BV and B+C < PV then sample is acceptable.

Acceptable, No Hemodilution ; Not acceptable cull samples if applicable

Initials/Date:

QER# (if applicable): _____

CBU Unique ID Number