



U.O. di Ostetricia della Azienda Sanitaria/Struttura Privata

.....

Da consegnare alla Direzione Sanitaria della Azienda Sanitaria/Struttura Privata
..... da parte del personale sanitario responsabile del parto.

- Raccolta del sangue da cordone ombelicale effettuata

NO Causa

SI Data prelievo/...../.....

- Controllo della conformità del confezionamento del prodotto

Data consegna corriere/...../.....

Ditta.....sita invia.....n.....

Firma responsabile