

Banco de Sangue de Cordón Umbilical de Galicia

Control do Neonato polo Pediatra

Centro Hospitalario.....

DNI Data do parto..... Idade xestacional.....

Nome da nai.....

CÓDIGO DE BARRAS

Peso

Test de APGAR

Sufrimento fetal agudo NON SI

Sufrimento fetal NON SI

Signos de aspiración de meconio NON SI

Síntomas de infección NON SI

Anomalías conxénitas maiores NON SI

Anomalías conxénitas menores NON SI

En caso de resposta afirmativa informar detalladamente _____

Data Nome pediatra

Sinatura.....