

## Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Galicia

### Control del Neonato por el Pediatra

Centro Hospitalario.....

DNI ..... Fecha del parto..... Edad gestacional .....

Nombre de la madre.....

CÓDIGO DE BARRAS

Peso .....

Test de APGAR .....

Sufrimiento fetal agudo  NON  SI

Sufrimiento fetal  NON  SI

Signos de aspiración de meconio  NON  SI

Síntomas de infección  NON  SI

Anomalías congénitas mayores  NON  SI

Anomalías congénitas menores  NON  SI

En caso de respuesta afirmativa informar detalladamente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha ..... Nombre pediatra .....

Firma.....