

UNSERE KOSTENLOSE SERVICENUMMER FÜR SIE:

0800 667 63 36



LINDEN - APOTHEKE

Apothekerin Evelyn Bruder
Heinrich-Niemeyer-Str. 33
48477 Hörstel-Riesenbeck

Tel.: 05454 8227
Fax: 05454 7725
www.schutznosoden.de

Plazentanosoden

ANLEITUNG ZUR ENTNAHME FÜR DIE NOSODENHERSTELLUNG

Im Überblick

HYGIENISCHE UMGEBUNG

EINMALHANDSCHUHE

PROBEFLÄSCHCHEN M. KONSERVIERUNGSLÖSUNG

ERBSENGROSSES PLAZENTASTÜCKCHEN INS PROBEFLÄSCHCHEN

ETIKETT BESCHRIFTEN

ENTNAHMEPROTOKOLL AUSFÜLLEN

UMGEBUNGSBEDINGUNGEN

Der Hygienestatus einer Klinik oder eines Geburtshauses erfüllt die Anforderung für die Entnahme des erbsengroßen Plazentastückes: saubere Flächen und Instrumente / Geräte sowie Händedesinfektion.

PROBENTENTNAHME

Hände waschen und desinfizieren, Einmalhandschuhe anlegen. Mit einem sterilen Einmalskalpell **AUS DER NÄHE DES NABELSCHNURANSATZES MÜTTERLICHERSEITS EIN ERBSENGROSSES STÜCK AUS DER PLAZENTA** entnehmen. Plazentastück mit einer sterilen Pinzette oder dem Skalpell ins Probefläschchen geben.

Das Probefläschchen mit der Konservierungslösung verwenden und das Etikett zur eindeutigen Zuordnung mit dem Namen und dem Datum beschriften.

Sofern bei der Geburt kein Probefläschchen zur Verfügung steht, kann das Plazentastückchen in einem sauberen Kunststoffbehälter eingefroren werden und zu einem späteren Zeitpunkt, jedoch spätestens nach einem Jahr, in das Probefläschchen gegeben werden.

TRANSPORT DER PROBE

Für den Transport sollte das Probefläschchen in dem dafür vorgesehenen Behältnis verpackt sein. Befindet sich das Plazentastückchen im Probeversandglas der Linden-Apotheke (dieses beinhaltet eine Konservierungslösung aus Ethanol, Glycerin und Wasser), so ist eine Aufbewahrung bis zu 3 Monaten möglich (erlaubter Temperaturbereich +2 bis +35 °C). Eine Kühlung ist also nicht notwendig.

ENTNAHMEPROTOKOLL

Zum Nachweis der qualitätsgesicherten Herstellung der Autonosoden inkl. der Entnahme bitten wir nachfolgend um die Bestätigung der Einhaltung dieser Entnahmeanleitung, unter Angabe des Namens und der Funktion des/der Entnehmers/In.

WICHTIGER HINWEIS

Bitte beachten Sie, dass eine Herstellung nur bei vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Formularen, inkl. Entnahmeprotokoll und Gesundheitsauskunft möglich ist. (§11 Apothekenbetriebsordnung)

VORNAME, NAME SPENDERIN	GEB.DATUM
ANSCHRIFT	
PLZ, ORT	TEL.-NR.
ENTBINDUNGSTERMIN	NAME DES KINDES

☐ PLAZENTA ERBSENGROSS
☐ NABELSCHNUR ERBSENGROSS
☐ NABELSCHNURBLUT (1 – 10 TROPFEN)

ENTNAHMEPROTOKOLL

NAME DES ARZTES / DER HEBAMME
ENTNAHMEORT (KRANKENHAUS/GEBURTSHAUS)
PLZ, ORT
DATUM, UNTERSCHRIFT

GESUNDHEITS-AUSKUNFT

Wurde die Mutter **positiv** auf folgende übertragbare Krankheiten getestet: (Angaben dazu entnehmen Sie bitte dem Mutterpass oder fragen Sie Ihren Frauenarzt. Ihr Frauenarzt würde Sie über einen positiven Befund benachrichtigen.)

HIV 1/2	JA ☐	NEIN ☐
HEPATITIS B/C (HBs-Ag Test)	JA ☐	NEIN ☐
TREPONEMA PALLIDUM (LSR-Test)	JA ☐	NEIN ☐

Die Richtigkeit meiner Angaben bestätige ich durch meine Unterschrift

DATUM, UNTERSCHRIFT DER MUTTER