



**Canadian
Blood
Services**
BLOOD
PLASMA
STEM CELLS
ORGANS
& TISSUES

Maternal Hospital ID Label

CORD BLOOD MATERNAL ASSESSMENT OF SAMPLES

SECTION 1			
Kit BATCH #1: _____		Kit BATCH #2: _____ Lavender Top Blood Tube ☐ Pink Top Blood Tube ☐ Red Top Blood Tube ☐ Cord Blood IDM Sample Label ☐	
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?	☐ Yes ☐ No	If yes, specify: _____ mL
B	Colloids: (plasma, hetastarch, blood and blood products) Has patient received 2000mL within 48 hours pre sample collection?	☐ Yes ☐ 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			Initials
التحري عن مرض شagas			
☐ لا	☐ نعم	هل قضيت ما مجموعه 6 أشهر أو أكثر في فترة متواصلة في المكسيك أو أمريكا الوسطى أو أمريكا الجنوبية؟	
☐ لا	☐ نعم	هل ولدت في المكسيك أو أمريكا الوسطى أو أمريكا الجنوبية؟	
☐ لا	☐ نعم	هل ولدت أمك أو جدتك لأمك في المكسيك أو أمريكا الوسطى أو أمريكا الجنوبية؟	

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: _____	
DEV# (if applicable): _____	

Confidential

CBU Unique ID
Number

Page 1 of 1

F801654 (Revision 1)
Legacy # F800831ARA

TEM 005 Rev 02