



Richiesta di EMOCOMPONENTI ED EMODERIVATI

La somministrazione di emocomponenti ed emoderivati necessita di Consenso Informato ai sensi del D.M. 02/11/2015

Cognome e nome (se disponibile apporre etichetta con i dati anagrafici)	Sesso ☐ M ☐ F	Peso in Kg
	Reazioni trasfusionali precedenti ☐ sì ☐ no	
Data di nascita		
Numero di cartella clinica		
Trasfusioni precedenti ☐ sì ☐ no	Trapianto di cellule staminali ☐ sì ☐ no	Reparto richiedente relativo telefono interno

Per l'INDICAZIONE ALLA TRASFUSIONE si deve far riferimento alle Raccomandazioni all'uso clinico di emocomponenti ed emoderivati approvate e diffuse dal Comitato per il Buon Uso del Sangue.

PATOLOGIA: _____

Condizioni cliniche coesistenti:

- ☐ Cardiopatia ☐ emorragia in atto ☐ febbre ☐ intervento ☐ DIC ☐ Piastrinopatia
☐ Deficit di fattori della coagulazione ☐ Porpora trombotica ☐ altro

INDICARE OBBLIGATORIAMENTE I VALORI ODIERNI:

SI RICHIEDONO:

- ☐ N° ____ Unità di Emazie con valore odierno di Hb o Hct _____ Irradiate: ☐ SI ☐ NO
☐ N° ____ Unità di Cellule Staminali Periferiche-Midollari/Linfociti da aferesi/Predeposito
☐ N° ____ ml di Plasma (Da calcolarsi in funzione del peso) con valori odierno di PT ____ PTT ____ ratio
☐ N° 1 Unità di Piastrine con valore odierno di PLT _____ x10³/μL

Associata alla richiesta si invia una provetta contenente sangue con anticoagulante EDTA, identificata in modo univoco con le generalità anagrafiche del paziente (cognome, nome, data di nascita, cartella clinica), data e ora del prelievo e la firma di chi ha effettuato il prelievo.

La richiesta di piastrine e/o plasma non necessita l'invio della provetta se il paziente ha già effettuato almeno due determinazioni di gruppo ABO

- ☐ N° ____ Confezioni di Albumina Umana con valore odierno di albuminemia _____.

- ☐ Consegna in giornata
☐ Con urgenza (consegna in 60' minuti) per il seguente motivo (da compilare obbligatoriamente): _____
☐ Con massima urgenza (senza test pretrasfusionali) per il seguente motivo (da compilare obbligatoriamente): _____

Cognome, nome (*leggibile*) e firma del Medico Richiedente _____

Cognome, nome (*leggibile*) e firma di chi ha effettuato il prelievo _____

Data e ora di compilazione _____.

Spazio per il SIMT

Copia da conservare in cartella clinica (l'originale verrà trattenuto dal SIMT).