



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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Gravidanze e/o aborti pregressi <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Peso in Kg	
Data di nascita		Reparto richiedente e relativo telefono interno					
Numero di cartella clinica							
Trasfusioni precedenti <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Reazioni trasfusionali precedenti <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Trapianto di cellule staminali <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			

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 altro

INDICARE OBBLIGATORIAMENTE I VALORI ODIERNI:

SI RICHIEDONO:

- N° ___ Unità di Emazie con valore odierno di Hb o Hct _____ Irradiate: SI NO
- 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° di flaconi (ciascuno contenente 10 g) di Albumina Umana da calcolare utilizzando la formula: **Dose (g) = (2,5 g/dL – albuminemia attuale) x (kg x 0,8)**

- A disposizione (senza assegnazione di emocomponenti) esclusivamente per la sala operatoria
- Consegna nella giornata odierna
- Consegna programmata per il giorno alle ore (esclusivamente per s.s.d Cure di Supporto e Istituto BESTA)
- 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).