



## 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 \_\_\_\_\_ x10<sup>3</sup>/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).