



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		Peso in Kg	
Data di nascita		Reazioni trasfusionali precedenti <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Numero di cartella clinica					
Trasfusioni precedenti <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Trapianto di cellule staminali <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Reparto richiedente e relativo telefono interno	
<u>Obbligatorio solo per pazienti esterni:</u>					
Struttura di provenienza:				CODICE FISCALE (da allegare in formato leggibile)	

Per l'INDICAZIONE ALLA TRASFUSIONE si deve far riferimento alle Raccomandazioni all'uso clinico di emocomponenti ed emoderivati approvate e diffuse dal Comitato Trasfusionale Ospedaliero

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:

- No..... Unità di Emazie con valore odierno di Hb o Hct..... Irradiate SI NO
 No..... Unità di Cellule Staminali Periferiche-Midollari/Linfociti da aferesi/Predeposito
 No..... mL di Plasma con valori odierno di PT..... PTT..... ratio
 No 1 Unità di Piastrine con valore odierno di PLT..... x10³/microL

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), 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

- No..... Confezioni di Albumina Umana con valore odierno di albuminemia.....

- Consegna in giornata
- Con urgenza (consegna in 60' minuti) per il seguente motivo:
- Con massima urgenza (**senza test pretrasfusionali**) per il seguente motivo:

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