

REGIONE CAMPANIA A.S.L. NAPOLI I CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO AREA MEDICINA TRASFUSIONALE	Modulo Richiesta Emocomponenti	Mod.REC PG SIMT 1,2 ,3 Rev. 0 Data: 1/2019
---	---	---

Presidio _____ Reparto _____
Cognome _____ Nome _____ Sesso _____
Nato a _____ il _____. DSB n. _____ A.S.L. nr _____
Diagnosi _____ Indicazioni per la trasfusione _____
Hb: _____ Hct: _____ Plt: _____ INR: _____ Data e ora prelievo campione: _____

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver prelevato e firmato il campione di sangue al paziente dopo averlo correttamente identificato- si allega campione di sangue alla presente richiesta

Firma _____

Etichetta braccialetto

EMOGRUPPO PAZIENTE

Gruppo ABO _____	Fattore Rh _____	Da determinare
------------------	------------------	----------------

TIPO DI EMOCOMPONENTE RICHIESTO

Emazie Concentrate leucodeplete Nr. _____	Concentrato Piastrinico _____	Plasma Fresco Cong. Nr. _____	Sangue Intero Autologo Nr. _____
--	----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

DATI (Campi da Compilare Obbligatoriamente)

Il paziente è stato precedentemente trasfuso?	SI ⁽¹⁾	NO	NON SO
⁽¹⁾ data e tipo ultima trasfusione _____			
Ha avuto reazioni in occasione di precedenti trasfusioni?	SI ⁽²⁾	NO	NON SO
⁽²⁾ tipo di reazione _____			
Se si tratta di donna – ha avuto gravidanze?	SI	NO	NON SO
Se si tratta di donna – Ha avuto figli con segni di malattia emolitica?	SI	NO	NON SO

GRADO DI URGENZA: Urgentissima (senza prove di compatibilità, per imminente pericolo di vita)
 Ordinaria - Per il giorno ____/____/____/ alle ore _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io sottoscritto dr. _____ dichiaro di aver informato il paziente dei rischi connessi alla terapia trasfusionale e di averne ottenuto il consenso dopo essermi accertato che abbia ben compreso e allego provetta di sangue per controllo del gruppo ABO ed Rh e prove di compatibilità. ai sensi dell' Allegato 7 D.M. del 02/11/2015, attesto che il campione di sangue allegato alla presente richiesta appartiene al Signor _____

Recapito telefonico del richiedente. _____

Data invio richiesta _____ ora _____ Timbro e Firma _____

Richiesta pervenuta al SIMT il _____ ore _____	Esibire campione al ritiro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Per consegna _____ per ricevuta _____			

La richiesta di sangue deve essere sempre accompagnata da un campione di sangue del ricevente di quantità non inferiore ai 5 ml, raccolta in provetta sterile, senza gel separatore, entro 24-48 ore precedenti la trasfusione, contrassegnato in modo da non lasciare dubbi circa l'identità del soggetto cui appartiene e firmato dall'operatore che ha responsabilità del prelievo.