

<b>REGIONE CAMPANIA</b> <b>A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO</b> <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b> <b>AREA MEDICINA TRASFUSIONALE</b>	<b>Modulo Richiesta</b> <b>Emocomponenti</b>	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*

<b>Firma</b> _____	Etichetta braccialetto
<b><u>EMOGRUPPO PAZIENTE</u></b>	

<b>Gruppo ABO</b> _____	<b>Fattore Rh</b> _____	Da determinare
-------------------------	-------------------------	----------------

<b>TIPO DI EMOCOMPONENTE RICHIESTO</b>			
Emazie Concentrate leucodeplete Nr. _____	Concentrato Piastrinico <input type="checkbox"/>	Plasma Fresco Cong. Nr. _____	Sangue Intero Autologo Nr. _____

**DATI (Campi da Compilare Obbligatoriamente)**

Il paziente è stato precedentemente trasfuso?	SI <sup>(1)</sup>	NO	NON SO
<sup>(1)</sup> data e tipo ultima trasfusione _____			
Ha avuto reazioni in occasione di precedenti trasfusioni?	SI <sup>(2)</sup>	NO	NON SO
<sup>(2)</sup> 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.*