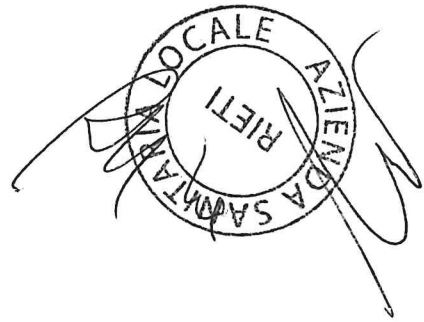


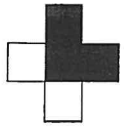
NON ESTRATTA

W m A [signature]

**TRACCIA A**

Valutare l'appropriatezza della richiesta trasfusionale di emocomponenti allegata.





ASL  
RIETI

TRACCIA A

Azienda Sanitaria Locale  
Presidio Ospedaliero San Camillo de' Lellis Rieti

MOD. 609



REGIONE  
LAZIO

SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE

Direttore: \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI TERAPIA TRASFUSIONALE**

Arrivata al SIMT il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ firma di chi riceve \_\_\_\_\_

Arrivata al SIMT il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ firma di chi consegna \_\_\_\_\_

Reparto	Presidio Ospedaliero	Data e ora della richiesta	Codice di provenienza
Cognome _____ Nome _____ Nato/a il ____/____/____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
Gruppo ABO _____ Rh _____ Kell _____ Fenotipo _____ Fibrinogeno Eseguito il ____/____/____			
Diagnosi <u>AEA</u> <input checked="" type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Intervento			
Altre notizie _____ Data Intervento _____			
Hb <u>5,8</u> g Ht <u>27</u> % PLT _____ INR _____ PT _____ PTT _____ eseguito il <u>15,07,2013</u>			
Trasfusioni Pregresse [Si] [No] [ <del>Non so</del> ]		Reazioni Trasfusionali [Si] [No] [ <del>Non so</del> ]	
Parti Pregressi [Si] [No] [Non so]		Aborti [Si] [No] [Non so] Figli con M.E.N. [Si] [No] [Non so]	

Si richiedono n° 6 Unità di Gruppo \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_ Fenotipo \_\_\_\_\_ Kell \_\_\_\_\_

Emazie Filtrate

- Plasma Inattivato
- Plasma fresco Congelato
- P.R.P.
- Concentrato Plts Aferesi
- Concentrato Plt random
- Gel Piastrinico
- Pool Piastrine

Riservato al SIMT

Appropriatezza  SI  NO \_\_\_\_\_

Carattere della trasfusione:  **Disponibilità** (se necessario inviare richiesta con Emocromo)

**Ordinaria** (data e ora prevista per la trasfusione il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_)

**Urgente** (entro 1 ora dall'arrivo al SIT della Richiesta)

**Urgentissima (Necessità immediata di sangue senza prove di compatibilità)**

Consapevole dei rischi legati alla mancata esecuzione delle stesse.

Invio due provette in EDTA del suddetto paziente dopo aver controllato che le provette siano state accuratamente contrassegnate e firmate dal responsabile del prelievo.

Cognome, Nome e Firma dell'operatore che ha effettuato il prelievo \_\_\_\_\_

Attesto di aver verificato la corripendenza paziente/prelievo. Dichiaro di aver richiesto ed ottenuto regolare consenso del paziente alla Terapia Trasfusionale.

Timbro e Firma leggibile del Medico richiedente \_\_\_\_\_

Come da normativa vigente verranno rinviate al richiedente le richieste incomplete ed i campioni ematici non conformi e correttamente firmati.