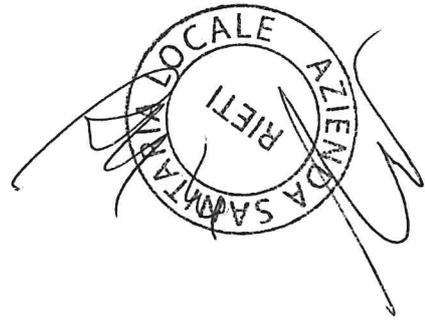


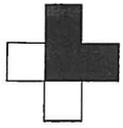
NON ESTRATTA

[Handwritten 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] [Non so]		Reazioni Trasfusionali [Si] [No] [Non so]	
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

Concentrato Plts Aferesi

Plasma fresco Congelato

Concentrato Plt random

P.R.P.

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.