

MODULO DI RICHIESTA DI EMOCOMPONENTI

(ai sensi della Legge 219/05 e D.M. 2 novembre 2015)

Si raccomanda la corretta compilazione del presente modulo in ogni sua parte

Reparto di _____ Cod. _____ TEL _____

Cognome e Nome _____ Sesso _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Gruppo sanguigno (se noto) _____ Diagnosi _____

Gravidanze Sì No Trasfusioni pregresse Sì No

Richiesta di Type – Screen per il giorno ore

Emocomponente richiesto:

Emazie concentrate n (indicare Hb g ____/dL; Ht _____)

Irradiazione

Emazie deleucocitate n (indicare Hb g ____/dL; Ht _____)

Modalità di richiesta di Emazie:

Le richieste di emazie devono essere sempre accompagnate da un campione di sangue del ricevente per l'esecuzione dei test pretrasfusionali. Tutti i campioni di sangue devono essere perfettamente identificabili e firmati dal responsabile del prelievo. Per i pazienti non noti al ST è sempre richiesta, ai fini della sicurezza trasfusionale, prima dell'assegnazione delle unità di emazie, la conferma del gruppo ABO e del tipo Rh su un secondo campione (All. VII DM 2/11/2015).

Tipologia di richiesta

Programmata: per il giorno alle ore.....
(accettazione dei campioni entro le ore 14,00 del giorno precedente la trasfusione)

Non urgente ma con necessità trasfusionale entro alcune ore: consegna prevista per le ore.....
del giorno (accettazione dei campioni entro le ore 16,00)

Urgente: (l'assegnazione richiede un tempo medio di 60' minuti per l'esecuzione dei test pretrasfusionali).

Per i pazienti non noti al SIT, se le condizioni cliniche sono tali da **non** consentire il secondo prelievo per la conferma di gruppo sanguigno, il medico richiedente, sotto la propria responsabilità, accetta che l'assegnazione degli emocomponenti sia effettuata dal SIT sulla base di una singola determinazione di gruppo sanguigno.

Emergenza: il medico richiedente dichiara sotto la propria responsabilità che la gravità delle condizioni cliniche del paziente per l'imminente pericolo di vita è tale da richiedere l'immediata assegnazione di emazie:

A seguito solo di controllo di gruppo sanguigno senza attendere l'esito dei test pretrasfusionali (si allega provetta per il controllo di gruppo sanguigno)

Senza controllo di gruppo sanguigno né test pretrasfusionali (non si allega provetta di controllo)

Riepilogo unità
assegnate:
vedi etichetta
sul retro

Emocomponente richiesto:

Piastrine n..... per il giorno.....ore..... **Irradiazione**

RAZIONALE PER LE RICHIESTE DI CONCENTRATI PIASTRINICI

Conta piastrinica < 20 x10 g/L

Sanguinamento intraoperatorio (conta piastrinica <100x 10 g/L)

Procedura invasiva o pre-operatoria con conta piastrinica < 50 x 10 g/L

Altro.....

Emocomponente richiesto:

Plasma n..... per il giorno.....ore.....

RAZIONALE PER LE RICHIESTE DI PLASMA FRESCO CONGELATO

PT, PTT > 1,5 x media dei valori normali

CID

Rimpiazzo dei fattori della coagulazione carenti

Porpora trombotica trombocitopenica

Perdita di sangue superiore ad un volume ematico totale con sanguinamento in atto

Altro.....

IN STAMPATELLO

Il medico richiedente _____

Il Responsabile prelievo _____

Matr. _____

Matr. _____

FIRMA LEGGIBILE

Firma del medico _____

Firma Op. _____

Data _____

ora _____

Spazio riservato al ST

Eventuali note Operatore Accettazione (Firma)