



**Dipartimento ad Attività Integrata
MEDICINA TRASFUSIONALE**

Struttura Regionale Coordinamento Attività Trasfusionali - Campania
Direttore : Prof. Nicola Scarpato

MODULO AVVENUTA TRASFUSIONE / RESA

IDENTIFICAZIONE RICHIESTA

Ospedale Rich.: **A.O.U.FEDERICO II** Ospedale Dest.: **A.O.U.FEDERICO II**
 Reparto Rich.: **Ematologia Trap. Midollo 1801** Reparto Dest.: **Ematologia Trap. Midollo 1801**
 Richiesta n°: **2016/** Data richiesta: **04/04/2016**

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Codice Paziente:
 Cognome e nome: sesso:
 Data di nascita: Gruppo sanguigno, Fenotipo Rh, kell: **0 POS**

LISTA UNITA' CONSEGNATE

Identificativo unità	Emocomponente	Gruppo - Fenotipo Rh - Kell	Scadenza	
1160116016106	Emazie conc. prive di BC	0 POS CCDee kk	18/04/2016	Barcode Unità
<input type="checkbox"/> Trasmessa <input type="checkbox"/> Restituita <input type="checkbox"/> Eliminata Lavorazioni: UNITA' IRRADIATA 25 G; Data trasfusione:...../...../..... ora inizio:..... ora fine:..... Reazioni:..... Eliminata il...../...../..... motivo..... Restituita il...../...../..... motivo..... Firma Medico.....				
1160116060737	Emazie conc. prive di BC	0 POS CcDee kk	18/04/2016	Barcode Unità
<input type="checkbox"/> Trasmessa <input type="checkbox"/> Restituita <input type="checkbox"/> Eliminata Lavorazioni: UNITA' IRRADIATA 25 G; Data trasfusione:...../...../..... ora inizio:..... ora fine:..... Reazioni:..... Eliminata il...../...../..... motivo..... Restituita il...../...../..... motivo..... Firma Medico.....				

Il presente modulo va compilato dal Medico che ha identificato la congruità tra unità e paziente e va restituito al SIT indicando al fianco di ogni unità se la stessa è stata trasfusa (T), resa (R) o eliminata (E).

Inoltre ai sensi dell' articolo N° 17 del D.M.S.: del 25/01/2001 si attesta che:

- La chiusura è rimasta intatta
- l' unità è stata conservata e trasportata in modo che la temperatura non abbia superato i 10° C e non sia scesa al di sotto di 1° C.

Il Medico

Matricola N°.....