



ALL. 3 - MODULO REGISTRAZIONE CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

(Procedura per la prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO – Recepimento Raccomandazione n. 5 Ministero della Salute e D.M. 2/11/2015)

Check 1° Op.	Check 2° Op.
-----------------	-----------------

Controllo della compatibilità immunologica teorica

Confrontando i dati presenti su ogni singola unità con quelli della richiesta, referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente

--	--

Firma Medico **Firma Op. San.**

AL LETTO DEL PAZIENTE

Ispezione unità di emocomponenti per la presenza di anomalie

--	--

Identificazione del ricevente 1: richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome, nome e data di nascita

--	--

Identificazione del ricevente 2: verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto¹

--	--

Identificazione del ricevente 3: verifica dei dati identificativi con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere

--	--

Data ____/____/____

Ora _____

Firma I° OPERATORE _____

Firma II° OPERATORE _____

¹ Braccialetto obbligatorio dal 01.01.2017