

**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI  
ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Domicilio.....Tel.....

**A) condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati:**

1) politrasfuso per emopatia cronica

2) trasfuso per evento acuto

**Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1)**

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

1).....dal.....al.....

2).....dal.....al.....

3).....dal.....al.....

4).....dal.....al.....

5).....dal.....al.....

Annotazioni: .....

.....

.....

**Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2)**

Tipo: .....

N° unità: .....

Data di somministrazione:      □□/□□/□□

Luogo di somministrazione: .....

Annotazioni: .....

.....

**Informazioni relative all'infezione da HIV:**

Data rilevamento sierologico:                   □□/□□/□□

Data diagnosi di malattia:                       □□/□□/□□

Data grave immunodepressione (CD4<200ml):   □□/□□/□□

**Informazioni relative all'infezione da virus epatici:**

Data rilevamento sierologico HBSAg:           □□/□□/□□

Data anti HCV:                                   □□/□□/□□

Data diagnosi di epatopatia irreversibile:      □□/□□/□□

Data dell'avvenuto decesso:                   □□/□□/□□

**B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio**

Data evento che ha determinato l'infezione:   □□/□□/□□

Informazioni relative all'infezione da HIV: .....

.....

.....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici: .....

.....

.....

Data del decesso:                               □□/□□/□□

.....

(firma leggibile e timbro)