



SPAZIO BARCODE

**Modulo Richiesta Trasfusionale**  
SIMT POS 13 (Rev.5.0 del 29/09/2014)

Reparto \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_ Gruppo ematico: \_\_\_\_\_ Affetto da \_\_\_\_\_

terapia medica  intervento chirurgico

*Dati Immunoematologici del paziente:*

- Il/la paziente è già stato precedentemente trasfuso/a?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Non so
Se sì dove? _____ quando: _____			
- Ha avuto reazioni in occasione di precedenti trasfusioni ....	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
- Ha presentato episodi emolitici acuti .....	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
- Se femmina ha avuto gravidanze .....	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
avuto figli con segni di M.E.N. ....	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

**EMOCOMPONENTE RICHIESTO**

**Emazie concentrate (EC)** Hb \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Unità  
 Ipossigenazione per:  Insuff. Cardiaca  Insuff. Respiratoria  Emorragia in atto

**Plasma fresco congelato** INR \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Unità

**Concentrato di Piastrine** PLT \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Unità

**Autotrasfusione** Hb \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Unità

**GRADO D'URGENZA**

*(selezionare una sola voce)*

- IMMEDIATA senza prova crociata** (*avisare telefonicamente il Centro Trasfusionale*):  
 Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ dichiaro che vi è la necessità clinica di trasfondere il paziente per il seguente motivo: \_\_\_\_\_
- Urgente** con prove di compatibilità
- Non Urgente da trasfondere** il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- Type e screen** Hb \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Si allega il campione di sangue per prove di compatibilità. *Dichiaro la corrispondenza dei dati sulla provetta con quelli del paziente da trasfondere: il responsabile del prelievo* \_\_\_\_\_.

Non si allega campione di sangue del paziente da trasfondere per la seguente ragione: \_\_\_\_\_  
 Richiesta inviata alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

Richiesta appropriata:  SI  NO

*(Se NO inserire motivazione nel modulo assegnazione)*

Firma e Timbro del Medico Trasfusionista

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

*(La firma deve essere leggibile)*

**Si prega di scrivere chiaramente e compilare la richiesta in ogni sua parte**

Richiesta pervenuta al Centro Trasfusionale il giorno ..... alle ore .....

firma di consegna della richiesta con eventuale campione di sangue: .....

Etichetta assegnazione	Firma assegnazione	Consegna Unità			Restituzione Unità	
		Ora	Firma prelevante	Firma Consegnante	Ora	Firma consegna