



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI**



Via Coppino, 26 - 07100 SASSARI – C.F. - P. IVA 02268260904

DELIBERAZIONE N. 148 DEL 15/03/2017

Oggetto: Adozione procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale	
Struttura Proponente Servizio Produzione Qualità Risk Management	Conto di Costo _____
Direttore della Struttura Proponente Dott.ssa Antonella A. Viridis	Responsabile del Procedimento Dott.ssa Antonella A. Viridis
Estensore: Dott.ssa Elisa Mara	
<p>Il Responsabile della Struttura propone l'adozione del presente provvedimento, attestandone conformità alla norma, la corrispondenza del formato cartaceo al file inserito sul SISAR atti nonché l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.</p> <p>Il Responsabile della Struttura: Dott. _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile della Struttura e il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. Dichiaro inoltre, di aver predisposto la dichiarazione di acquisto inderogabile, agli atti del Servizio. Il presente provvedimento contiene dati sensibili Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Il Responsabile del procedimento: Dott. _____</p> <p>Data 14/03/2017 Firma _____</p> <p>Il Responsabile della Struttura: Dott. _____</p> <p>Data 14/03/2017 Firma _____</p>	
<p>Il Responsabile addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso</p> <p><input type="checkbox"/> È <input type="checkbox"/> NON È (le motivazioni sono allegate alla presente)</p> <p>coerente con le proiezioni economiche comunicate alla Direzione Strategica.</p> <p>Spesa prevista _____ C.E. n. _____</p> <p>Il Responsabile del Controllo di Gestione: Dott.ssa Sara Sanna</p> <p>Data _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.</p> <p>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu</p> <p>Data _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio attesta altresì che la spesa non contrasta gli obiettivi Regionali di contenimento della spesa sanitaria e di rientro dal disavanzo (nota RAS Prot. 4801 del 29.12.2016).</p> <p>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu</p> <p>Data _____ Firma _____</p>	
<p>Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Lorenzo Pescini (Delibera del Direttore Generale. n. 378 del 02.11.2016)</p> <p>Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Data 15/03/17 Firma _____</p>	
<p>Parere del Direttore Sanitario: Dott. Nicolò Orrù (Delibera del Direttore Generale. n. 393 del 14.11.2016)</p> <p>Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Data 15/03/2017 Firma _____</p>	
<p>La presente Deliberazione si compone di n. 15 pagine, di cui n. 12 pagine di allegati che ne fanno parte integrante e sostanziale.</p>	

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PRODUZIONE, QUALITÀ E RISK MANAGEMENT

(Dott.ssa Antonella A. Virdis)

- VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992: “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e s.m.i;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 517 del 21.12.1999: “Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- VISTO** il Protocollo d’Intesa sottoscritto in data 11.10.2004 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari;
- VISTO** il Decreto del Ministero della Sanità del 01.09.1995: “Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i Presidi Ospedalieri”;
- VISTA** la Legge Nazionale n. 219 del 21.10.2005: “Nuova disciplina delle Attività Trasfusionali e della Produzione degli Emoderivati” ed in particolare l’art.17 comma 2 che prevede l’istituzione presso le Aziende Sanitarie, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, del Comitato Ospedaliero per il buon uso del sangue;
- VISTI** il Decreto Legislativo n. 207 del 09.11.2007: “Attuazione della Direttiva 2005/61/CE che applica la Direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di tracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati e incidenti gravi” e il Decreto Legislativo n. 208 del 09.11.2007: “Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali”;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 261 del 20 dicembre 2007: “Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti”.
- VISTO** il Piano Regionale Sangue e Plasma 2008-2010, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 46/1 del 03.09.2008;
- VISTO** il D.M. 2 Novembre 2015 n. 69 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”;
- CONSIDERATO** che nell’ultima riunione del COBUS, del 12/01/2017 è stato approvato all’unanimità la proposta di procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato a trasfusione;
- RAVVISATA** la necessità di stabilire le modalità per identificare in modo attendibile un individuo in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento trasfusionale;

PROPONE

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente:

1. Di procedere all’adozione della procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
2. Di dare atto che dal presente provvedimento non discendono maggiori oneri per l’Azienda;

IL RESPONSABILE
(Dott.ssa Antonella A. Virdis)

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio D'Urso

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 57 del 03.10.2016

L'anno duemiladiciassette, il giorno QUINDICI del mese di MARZO, in Sassari, nella sede legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

PRESO ATTO della proposta di Deliberazione avente per oggetto: "Adozione procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale."

DATO ATTO che il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo hanno espresso parere favorevole;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente
Di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- 1) *Di procedere all'adozione della procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;*
- 2) *Di dare atto che dal presente provvedimento non discendono maggiori oneri per l'Azienda;*
- 3) *Di incaricare i servizi competenti dell'esecuzione del presente provvedimento.*

IL DIRETTORE GENERALE

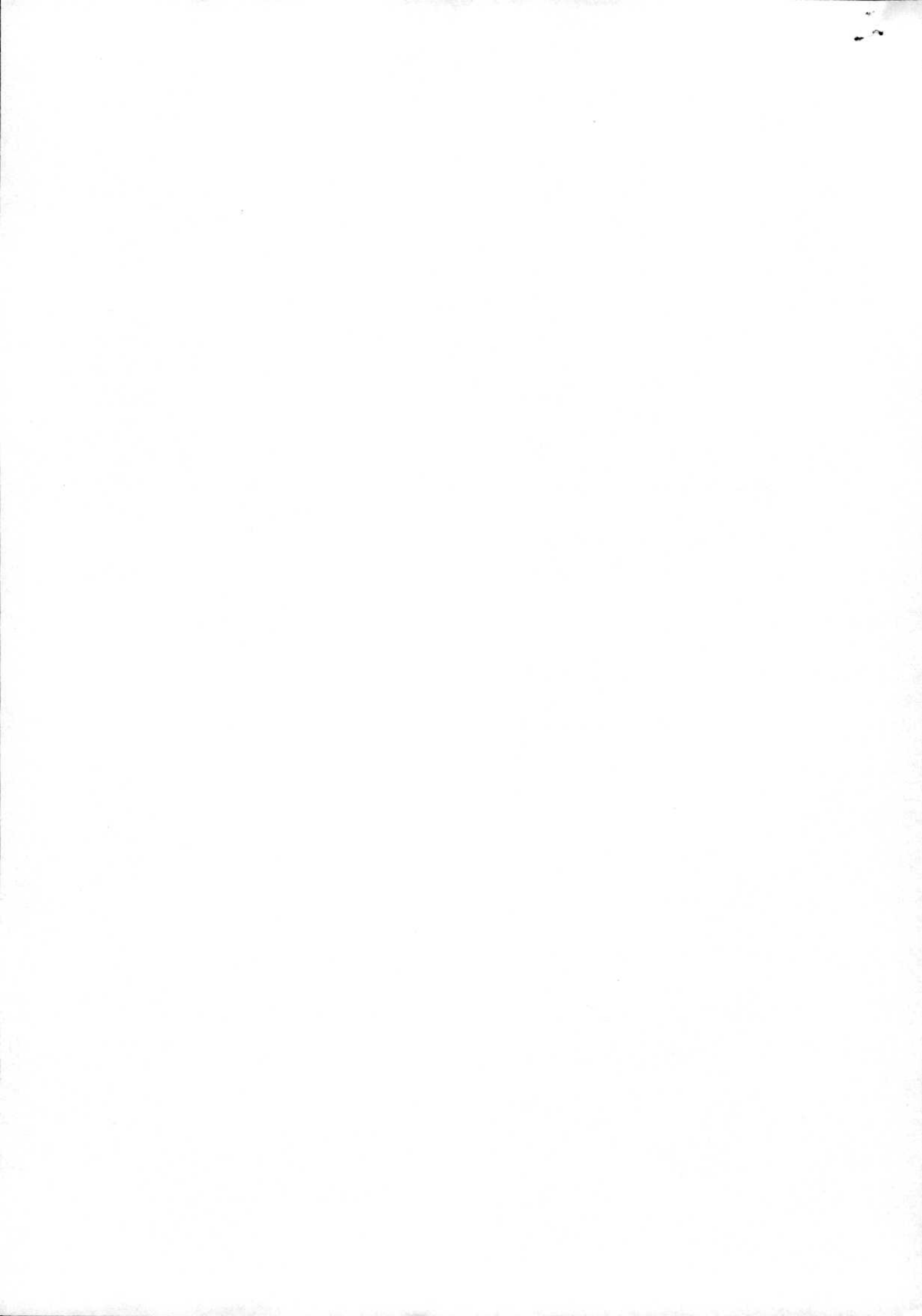
(Dott. Antonio D'Urso)

[Firma manoscritta] 15/03/2017

La presente Deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio elettronico del sito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari dal 15/03/2017 per la durata di quindici giorni

Il Responsabile del Servizio Affari Generali, Legali, Comunicazione e Formazione

S.T.O. (Dott.ssa Chiara Seazzu)





AOU Sassari

**Direzione Sanitaria
Aziendale
Produzione, Qualità, Risk
Management**

**PROCEDURA
/ o LINEA GUIDA
/ o ISTRUZIONE
OPERATIVA**

Procedura per la corretta
identificazione
del paziente ricoverato
candidato al trattamento
trasfusionale





U.O.C. di / U.O.S. di

**CENTRO
TRASFUSIONALE**



**PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE
DEL PAZIENTE RICOVERATO CANDIDATO AL TRATTAMENTO
TRASFUSIONALE**

Data	Revisione	redazione	approvazione	autorizzazione	N° archiviazione
Febbraio 2017	Prima emissione	Dott. Mario Manca	Servizio Produzione, qualità, Risk Management	Direzione Sanitaria Aziendale	

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA / o LINEA GUIDA / o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
---	--	---

INDICE:



1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Allegati ed Appendici

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA / o LINEA GUIDA / o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
--	--	--

DA DISTRIBUIRE A:

La procedura deve essere distribuita a tutte le UU.OO. di Degenza dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, a disposizione di tutto il personale sanitario e di supporto.

DISTRIBUITO: Marzo 2017

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA / o LINEA GUIDA /o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
---	--	---

Premessa:

Gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi del percorso assistenziale e possono riguardare pazienti sedati o disorientati ma anche pazienti vigili e, nel caso di incompatibilità AB0, possono portare a danni irreversibili.

Il D.M. 2 Novembre 2015 n. 69 detta delle precise disposizioni ai fini della salvaguardia della sicurezza trasfusionale e, in particolare, all'art. 25 stabilisce che:



“1. Ai fini della prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione, dalla fase di prelievo dei campioni per le indagini pre-trasfusionali sino al momento della trasfusione, devono essere adottate procedure di identificazione e abbinamento univoci del Paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.

2. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto (*e quindi a far data dal 29 Dicembre 2016*), è introdotto l'obbligo di utilizzo di stringhe (braccialetti, **Bracciali ID**), contenenti i dati identificativi dei Pazienti candidati a terapia trasfusionale in regime di ricovero ed ambulatoriale, al fine di garantire un più elevato livello di sicurezza della trasfusione, con particolare riferimento alla prevenzione delle reazioni da incompatibilità AB0.

3. I dati obbligatori minimi da riportare sui Bracciali ID sono: cognome, nome, data di nascita, sesso.

4. Le procedure atte a garantire la sicurezza della trasfusione relative a prelievi, richiesta, assegnazione, consegna, trasporto e tracciabilità sono condotte in conformità a quanto prescritto nell'Allegato VII.

5. ...*omissis*.”



 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA /o LINEA GUIDA /o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
---	---	---

1. SCOPO

- realizzare le condizioni per la puntuale applicazione del disposto del D.M. n. 69 2.11.2015;
- stabilire le modalità per identificare un individuo in modo attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento;
- verificare la corrispondenza tra il servizio o il trattamento e l'individuo.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica a tutti i Pazienti ricoverati che afferiscono alle UU.OO. dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari relativamente all'identificazione del Paziente nel caso di somministrazione di sangue ed emocomponenti nonché l'effettuazione delle procedure di aferesi, ivi compresa la raccolta di cellule staminali periferiche.



 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA / o LINEA GUIDA / o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
--	--	---

4. TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

AOU = Azienda Ospedaliera Universitaria,
UOC = Unità Operativa Complessa
UOS = Unità Operativa Semplice
SIT= servizio immunotrasfusionale

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONI	ATTORI COINVOLTI				
	DIRIGENTI SIT	MEDICI	TECNICI DI LABORATORIO BIOMEDICO SIT	MEDICI UU.OO	INFERMIERI UU.OO
Applicazione e Rimozione Braccialetti	/	/	/	C	R
Stampa etichette per braccialetto e check list	C		R	/	/
Controllo identificazione del paziente	/		/	R	C
Compilazione checklist per controlli pretrasfusionali	/		/	R	C

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA /o LINEA GUIDA /o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
---	---	---

6. RIFERIMENTI

Il D.M. 2 Novembre 2015 n. 69 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” (detta delle precise disposizioni ai fini della salvaguardia della sicurezza trasfusionale.

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

7.1) Applicazione del Bracciale ID

Il Bracciale ID dovrà essere applicato a tutti pazienti ricoverati e/o accolti presso la Struttura per cui si prevede la possibilità di effettuare la trasfusione di sangue ed emocomponenti, anche solamente come garanzia per un intervento chirurgico e rimosso al termine dell’accesso o alla dimissione.

Al momento della consegna della richiesta trasfusionale verrà stampata dal Servizio Trasfusionale un’etichetta contenente i dati identificativi del Paziente previsti dalla normativa.

Tale etichetta dovrà essere applicata al Bracciale ID dopo la procedura di identificazione del Paziente ricoprendola accuratamente con la linguetta trasparente presente sul Bracciale ID dopo aver rimosso la striscia di carta protettiva.

Il Bracciale ID dovrà essere applicato in ordine di preferenza a:

- braccio destro,
- braccio sinistro,

L’apposizione del Bracciale ID dovrà avvenire in maniera sicura per “*completo-corretto fissaggio sul paziente*” e per “*giusta e sicura larghezza*” dello stesso sull’arto, al fine di evitare che possa essere facilmente sfilato e perdersi, o essere talvolta rimosso accidentalmente o anche, volontariamente, dal Paziente, come specificato nelle immagini seguenti. Dovrà di contro, non indurre/provocare danni locali alla cute, alla circolazione *etc...* qualora fosse impropriamente posizionato eccessivamente stretto.



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria
Aziendale
Produzione, Qualità, Risk
Management**

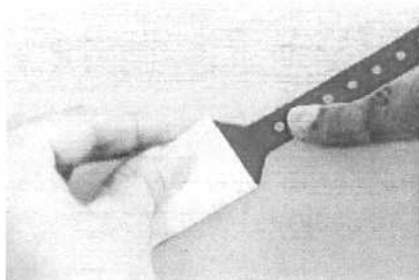
**PROCEDURA
/ o LINEA GUIDA
/o ISTRUZIONE
OPERATIVA**

Procedura per la corretta
identificazione
del paziente ricoverato
candidato al trattamento
trasfusionale

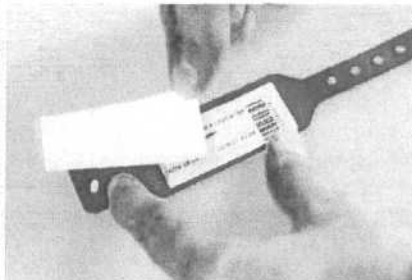


U.O.C. di / U.O.S. di

**CENTRO
TRASFUSIONALE**



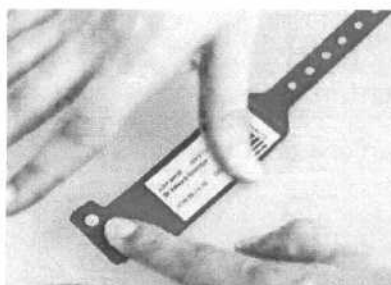
1) Sollevare la linguetta
trasparente.



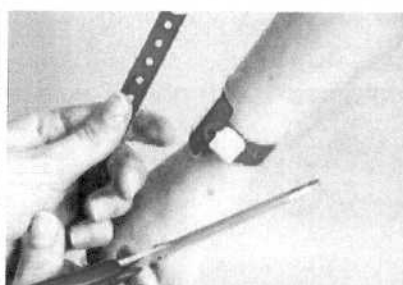
2) Applicare l'etichetta al centro
dell'area informazioni lasciando
almeno 1,5 mm di spazio libero
da ciascun lato, in modo da
rendere il braccialetto quanto più
ermetico possibile



3) Applicare la linguetta
trasparente sull'etichetta



4) Premere con il dito a più
riprese da destra a sinistra
per far fuoriuscire eventuali
bolle d'aria e rendere il
braccialetto ermetico.





5) Mettere il braccialetto al
paziente lasciando uno spazio
dello spessore di un dito tra il
polso e la chiusura del
braccialetto



6) Tagliare la parte
eccedente del braccialetto
senza lasciare spigoli.

Al momento dell'applicazione del Bracciale ID e prima di effettuare la trasfusione, vanno sempre richiesti al Paziente: il cognome, il nome e la data di nascita per la conferma dell'identità e la corrispondenza della stessa compilando la check list prevista dall'Allegato VII del DMS n. 69 che fa parte integrante del presente protocollo. Il controllo di identità deve essere messo in atto anche quando il Paziente è conosciuto dall'Operatore che esegue la prestazione e che, con la propria firma, certificherà di averla eseguita. A tal fine il Servizio Trasfusionale provvederà alla fornitura

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA /o LINEA GUIDA /o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
---	---	---

assieme ad ogni unità da trasfondere di una ulteriore etichetta con i dati della prova di compatibilità che andrà applicata in una delle caselle predisposte nella check list.

In caso di rifiuto all'applicazione del Bracciale ID al paziente non potrà essere effettuata la prestazione richiesta dando evidenza-tracciabilità del mancato posizionamento del bracciale sulla documentazione sanitaria, precisandone chiaramente ed esaustivamente, anche ai fini di tutela medico-legale, le ragioni dell'impossibilità di applicazione.

In caso di Paziente non collaborante o di minori la verifica verbale andrà fatta rivolgendosi a genitore/tutore. Qualora non fosse possibile stampare l'etichetta sarà necessario utilizzare i Bracciali ID scrivendoci sopra con **pennarello indelebile** il Cognome, il Nome, la Data di nascita ed il Sesso.

7.2) Sostituzione del Bracciale ID



La possibile sostituzione del Bracciale ID deve sempre essere prassi salvaguardata con tempestività,, deve essere segnalata nella cartella clinica e deve sempre avvenire in tutti i seguenti casi:

1. danneggiamento del Bracciale ID
2. rimozione "forzata" da esigenze cliniche
3. variazione dati ID paziente

7.3) La modalità corretta di identificazione del paziente

Un medico e un infermiere devono procedere ai controlli di identità, corrispondenza e compatibilità immunologica teorica confrontando i dati presenti su ogni singola unità di emocomponenti con quelli della richiesta e della documentazione resa disponibile dal Servizio Trasfusionale, quali il referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente. Tali controlli devono essere documentati.

L'identificazione del ricevente deve essere effettuata al letto del paziente individualmente da due operatori sanitari immediatamente prima dell'inizio della trasfusione. I controlli devono essere

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA /o LINEA GUIDA /o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
---	---	---

documentati e registrati sulla scheda di cui all'Allegato VII del DMS n. 69, compilata e sottoscritta da entrambi gli operatori.



La procedura prevede tre passaggi:

1. verifica verbale: l'Operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del Paziente (Nome e Cognome) e la data di nascita (es. "Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?"); la domanda dell'Operatore non deve suggerire la risposta (es. "Lei è il Signor Verdi, nato il 03/04/1963 ?");
2. verifica tramite Bracciale ID (confronto dell'identità riferita dal Paziente con quella indicata sul Bracciale ID) mediante "*lettura a vista*" da parte dell'Operatore che "acquisisce" e "confronta" "utente e prestazione da erogare" ricercando sempre almeno i 2 ID cognome nome Paziente" e, al bisogno, anche di altri ID personali quali data nascita o sesso riportati sull'etichetta
3. confronto tra i punti sopra riportati e la documentazione relativa alla prestazione in atto.

L'identificazione deve essere eseguita dallo stesso Operatore immediatamente prima di svolgere le procedure e i trattamenti sopracitati.

8. Termine della trasfusione

Al momento della dimissione l'Operatore dell'U.O. provvede alla rimozione del Bracciale ID tagliando lo stesso in corrispondenza dei margini laterali dell'etichetta e provvede ad apporlo mediante punti metallici in cartella a dimostrazione dell'avvenuta applicazione di quanto previsto dalla normativa. Parimenti andranno conservate in cartella le check list compilate in occasione di ogni terapia trasfusionale. **In caso di decesso del Paziente il Bracciale ID non andrà rimosso.**

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA /o LINEA GUIDA /o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
---	---	---



9.ARCHIVIAZIONE DISTRIBUZIONE

Il protocollo viene diffuso a tutti gli Operatori delle Unità Operative in concomitanza con la fase applicativa dell'art. 25 del D.M. 2.11.2015 n. 69.

<p>La presente procedura sarà inserita nel manuale qualità Aziendale</p>
<p>La presente procedura sarà consultabile alla pagina Produzione, Qualità, Risk Management del sito aziendale.</p>

10.ALLEGATI E APPENDICI

<p>Allegato 1: Checklist dei controlli pre trasfusionali</p>
--

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale Produzione, Qualità, Risk Management</p>	<p>PROCEDURA /o LINEA GUIDA /o ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>Procedura per la corretta identificazione del paziente ricoverato candidato al trattamento trasfusionale</p>	 <p>U.O.C. di / U.O.S. di</p> <p>CENTRO TRASFUSIONALE</p>
--	--	---

<p>ALLEGATO 1</p> <p>CHECK LIST DEI CONTROLLI PRETRASFUSIONALI (All. VII DMS 2.11.2015 n. 69)</p>

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome Data di Nascita Sesso M F

DATI UNITÀ:

Check Medico

Check 2° Operatore

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 Operatore Sanitario

A LETTO DEL PAZIENTE

Ispezione unità di emocomponenti per la presenza di anomalie

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

Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul Bracciale ID

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

DATA .../.../.....

ORA.....

Firma Medico

Firma 2°Operatore.....