



**Modulo n. 3 Scheda di produzione emocomponenti per uso non trasfusionale e follow up**

**Struttura Sanitaria** .....

Indirizzo ..... città ..... CAP .....

**Dati paziente** Cognome..... Nome.....

Data nascita...../...../..... CF.....

**Segnalazione:**  **Evento Avverso**  **Incidente secondario all'utilizzo di Emocomponenti per uso non trasfusionale**

Struttura .....			Etichetta del prodotto con dati del paziente
Paziente: Cognome..... Nome .....			
Data di nascita ...../...../..... CF.....			
Tipo di prodotto	<input type="radio"/> Gel piastrinico <input type="radio"/> Conc. Piastr. Liquido	<input type="radio"/> Siero <input type="radio"/> Altro (specificare)	
Kit preparazione	Ditta	Lotto	Scadenza
Controllo Qualità	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> emocromo	<input type="radio"/> Controllo microbiologico
Preparato da:	Cognome Nome	Firma	Data
Applicato da:	Cognome Nome	Firma	Data
Somministrazione	<input type="radio"/> Applicazione topica	<input type="radio"/> Infiltrazione	dosaggio

**Il modulo deve essere inviato al Servizio Immunotrasfusionale per ogni preparazione eseguita**

**Follow-up**

Controllo quadro clinico a 6 mesi
.....
.....
.....
Data..... Firma.....
Controllo quadro clinico a 12 mesi
.....
.....
.....
Data..... Firma.....