



MOD. 4

SCHEDA REPORT PERIODICO DI ATTIVITA' PRODUZIONE EMOCOMPONENTI USO NON TRASFUSIONALE

REPORT RELATIVO AL MESE DI/anno.....

| | |
|--|--|
| DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA | |
| INDIRIZZO | |
| NUMERO PAZIENTI <u>VALUTATI</u> PER IDONEITA' Al trattamento con emocomponenti per uso non trasfusionale | |
| NUMERO DI PAZIENTI <u>IDONEI</u> | |
| CAUSE DI NON <u>IDONEITA'</u> | |
| NUMERO PROCEDURE EFFETTUATE | |
| NUMERO CQ EFFETTUATI | |
| NUMERO CQ CON PIASTRINE >1X10 MICROL | |
| NUMERO TEST DI STERILITA' EFFETTUATI | |
| NUMERO TEST DI STERILITA' POSITIVI (specificare microrganismo ed allegare antibiogramma) | |
| EVENTI AVVERSI (numero tipo severità) | |

DATA.....

REDATTO DA (stampatello).....

Firma

Inviare al SIMT a