AOU SASSARI
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari
Viale San Pietro, 43 – 07100 Sassari
C.F. - P. IVA 02268260904

S.C. Servizio Immunotrasfusionale

Direttore Dr. Pietro Carmelo Manca

Allegato 5

RICHIESTA EMOCOMPONENTI

REPARTO	RECAPITO TELEFONICO	CODICE	DATA RICHIESTA

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE	SESSO	GRUPPO SANGUIGNO
	☐ M ☐ F	

DIAGNOSI E INDICAZIONE ALLA TRASFUSIONE

☐ INTERVENTO CHIRURGICO _____

☐ ALTRO _____

DATI DI LABORATORIO

HGB	HCT	PLT	PT INR	APTT	FIBRINOGENO

TRASFUSIONI PREGRESSE ☐ NO ☐ NON SO ☐ SI

REAZIONI TRASFUSIONALI ☐ NO ☐ SI

TIPO DI REAZIONE _____

TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA

☐ URGENTISSIMA Trasfusione immediata senza prove di compatibilità e sotto esclusiva responsabilità del medico richiedente

☐ URGENTE trasfusione entro 60 minuti dalla richiesta

☐ NON URGENTE data e ora prevista per la trasfusione _____

EMOCOMPONENTE RICHIESTO

- EMAZIE LEUCODELETE N° UNITA' __
- PLASMA FRESCO CONGELATO N° UNITA' __
- PIASTRINE N° UNITA' __

LAVORAZIONI DELLE UNITA'

- LAVAGGIO
- IRRADIAZIONIE
- INATTIVAZIONE PATOGENI

CONSENSO INFORMATO

- Il paziente è stato informato sui rischi e benefici della terapia trasfusionale, ha interamente compreso le informazioni ed acconsente alla trasfusione
- Il paziente è stato informato sui rischi e benefici della terapia trasfusionale, ha interamente compreso le informazioni e nega il consenso alla trasfusione alla trasfusione
- Il paziente non è in grado di fornire il consenso alla trasfusione

Firma LEGGIBILE dell'esecutore del prelievo ALL.VII D.M. del 2.11.2015	Firma LEGGIBILE del Medico richiedente ALL.VII D.M del 2.11.2015

Richiesta pervenuta il _____ alle ore _____

Firma _____ Firma _____

VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA DELLA RICHIESTA (RISERVATO AL MEDICO TRASFUSIONISTA)

- APPROPRIATA
- NON APPROPRIATA MOTIVAZIONE _____

UNITA' ASSEGNATE

Struttura accreditata (Conferenza Stato-Regioni 12/2010) Det. ARIS n. 680 del 30.6.2015 e n. 731 del 16.7.2015 e n. 129 del 11.02.2019

Servizio Trasfusionale Aziendale
Via Monte Grappa, 82 07100 Sassari
Tel.: 079/2061625–106-021 Fax: 079/2061796
Segreteria Tel. 079/2061463 Fax: 079/210922
e-mail: pietro.manca@aousassari.it