



Modulo n. 2

Informazioni/dati da comunicare obbligatoriamente da parte della Struttura

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA Centro Clinico Medis	
INDIRIZZO Via Torino 4, Sassari	
DOMANDE	RISPOSTE
Regime di trattamento (AMB-DH-RICOVERO)	Ambulatoriale
Responsabile emoterapia topica	Dott. Pierpaolo Porqueddu
Razionale d'uso	
Numero applicazioni/anno	50
Denominazione sistema produttivo (allegare documentazione marchio CE)	Si allega scheda tecnica
Il personale ha seguito uno specifico percorso formativo da parte dell'azienda produttrice del sistema produttivo	SI
La struttura sanitaria ha conseguito certificazioni di qualità	NO
La struttura sanitaria dispone di procedure specifiche per l'uso clinico del concentrato piastrinico e del gel piastrinico	SI
La struttura sanitaria dispone di spazi dedicati alle procedure produttive del concentrato piastrinico e del gel piastrinico	SI
La struttura sanitaria ha la possibilità di effettuare a campione controlli di qualità (emocromo) sul prodotto	SI
La struttura sanitaria ha la possibilità di effettuare a campione test di sterilità sul prodotto	SI
La struttura sanitaria prevede esclusivamente un utilizzo degli emocomponenti ad uso non trasfusionale (entro 6 ore dalla produzione)	SI

Data

Firma del Direttore Sanitario della Struttura Sanitaria

Struttura accreditata (Conferenza Stato-Regioni 12/2010) con Determinazione ARIS n. 547 del 31.5.2016

Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

Viale San Pietro, 10, 07100 Sassari

P. Iva **02268260904**

www.aousassari.it

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: servizio.immunoematologia@aousassari.it