



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 .....