



Modulo n. 5

**Segnalazione Evento Avverso / Incidente**  
**Emocomponenti ad uso non Trasfusionale**

Struttura Sanitaria.....

Indirizzo .....città.....CAP.....

Riferimento normativo per la segnalazione

Telefono.....fax.....email.....

**Dati paziente**

Cognome..... Nome.....

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

Segnalazione:  **Evento Avverso**  **Incidente**

**Emocomponenti per uso non trasfusionale**

Tipo prodotto	Codice	Data ed ora di preparazione	Data ed ora di applicazione

**Segni e sintomi della reazione**

<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>	Shock
<input type="checkbox"/>	Orticaria	<input type="checkbox"/>	Cianosi
<input type="checkbox"/>	Anafilassi	<input type="checkbox"/>	Dispnea
<input type="checkbox"/>	Brividi	<input type="checkbox"/>	Nausea vomito
<input type="checkbox"/>	Febbre (aumento >2° C)	<input type="checkbox"/>	Dolore toracico
<input type="checkbox"/>	Reazione vasomotoria	<input type="checkbox"/>	Tachicardia
<input type="checkbox"/>	Ipotensione	<input type="checkbox"/>	Altro

**Gravità**

0	Nessun ritorno	0	Risoluzione entro 24 ore
1	Sintomatologia lieve (non intervento terapeutico)	1	Risoluzione entro pochi giorni
2	Sintomatologia acuta (si intervento terapeutico)	2	Risoluzione completa entro 6 mesi

Data ed ora evento avverso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_ :\_\_

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



Anamnesi

.....

Farmaci ed emoderivati somministrati al paziente

.....

Stato del paziente

- Cosciente e collaborante, Cosciente, non cosciente

Descrizione incidente processo di produzione e di utilizzo

.....

Note

.....

Data segnalazione

Cognome e Nome segnalatore..... Firma.....

Da inviare a.....

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO SIMT

Indagini eseguite

.....

Conclusioni

.....

Data .....

Cognome.....Nome.....Matricola.....Firma.....