



Modulo n. 3 Scheda di produzione emocomponenti per uso non trasfusionale e follow up

Struttura Sanitaria

Indirizzo città CAP

Dati paziente Cognome..... Nome.....

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

Segnalazione: **Evento Avverso** **Incidente secondario all'utilizzo di Emocomponenti per uso non trasfusionale**

| | | | |
|---|--|--|--|
| Struttura | | | Etichetta del prodotto con dati del paziente |
| Paziente: Cognome..... Nome | | | |
| Data di nascita/...../..... CF..... | | | |
| Tipo di prodotto | <input type="radio"/> Gel piastrinico <input type="radio"/> Conc. Piastr. Liquido | <input type="radio"/> Siero <input type="radio"/> Altro (specificare) | |
| Kit preparazione | Ditta | Lotto | Scadenza |
| Controllo Qualità | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> emocromo | <input type="radio"/> Controllo microbiologico |
| Preparato da: | Cognome Nome | Firma | Data |
| Applicato da: | Cognome Nome | Firma | Data |
| Somministrazione | <input type="radio"/> Applicazione topica | <input type="radio"/> Infiltrazione | dosaggio |

Il modulo deve essere inviato al Servizio Immunotrasfusionale per ogni preparazione eseguita

Follow-up

| |
|------------------------------------|
| Controllo quadro clinico a 6 mesi |
| |
| |
| |
| Data..... Firma..... |
| Controllo quadro clinico a 12 mesi |
| |
| |
| |
| Data..... Firma..... |