



Modulo n. 5

Segnalazione Evento Avverso / Incidente
Emocomponenti ad uso non Trasfusionale

Struttura Sanitaria.....

Indirizzocittà.....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

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



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.....