
	<p>Azienda USL- Latina Ospedale Santa Maria Goretti U.O.C. Medicina Trasfusionale Dea II e I tel. 0773-6553583 Fax 0773-6553582 Ospedale Dono Svizzero - Formia -Dea I tel. 0771-779571 Fax 0771-779580 Direttore : Dott. Francesco Equitani</p>		SPAZIO RISERVATO AL SIMT
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

RICHIESTA DI TERAPIA TRASFUSIONALE
 (utilizzare un modulo di richiesta per evento trasfusionale)

COGNOME _____	NOME _____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
NATO A _____	IL _____	PESO Kg _____
C.F. _____		
LUOGO DI CURA _____	REPARTO _____	TEL. REPARTO _____
DIAGNOSI _____		
Parametri ematologici : Hb _____ Hct _____ PLTs _____ TP _____ PTT _____ Fbg _____ INR _____		
Trasfusioni pregresse (NO) (SI) (NON NOTE) Reazioni Trasfusionali (NO) (SI) (NON NOTE) Tipo _____ Parti e /o aborti (NO) (SI) (NON NOTI) Figli con malattie emolitiche del neonato (NO) (SI) (NON NOTI) Trapianti di midollo osseo allogeneico <input type="radio"/> autologo <input type="radio"/> Data _____		

RICHIESTA

<p>GRADO DI URGENZA</p> <p><input type="radio"/> URGENTISSIMA (senza prove di compatibilità)</p> <p><input type="radio"/> URGENTE</p> <p>PER PAZIENTI CON VALORI DI Hb > 8 gr/dl INDICARE LE RAGIONI CHE GIUSTIFICANO LA RICHIESTA :</p> <p><input type="radio"/> INSUFFICIENZA CARDIACA</p> <p><input type="radio"/> INSUFFICIENZA RESPIRATORIA</p> <p><input type="radio"/> EMORRAGIA IN ATTO</p> <p><input type="radio"/> PROGRAMMATA data _____</p>	<p><input type="radio"/> Globuli rossi concentrati n. _____</p> <p><input type="radio"/> Plasma fresco congelato ml _____</p> <p><input type="radio"/> Concentrato piastrinico _____</p> <p><input type="radio"/> Unità autologa n. _____</p> <p><input type="radio"/> Altro _____</p> <p><input type="radio"/> Lavaggio <input type="radio"/> Irradiazione</p> <p>INTERVENTO CHIRURGICO</p> <p><input type="radio"/> ELEZIONE <input type="radio"/> URGENZA DATA _____</p> <p>PERDITE EMATICHE PREVISTE (ml) _____</p> <p>TIPO DI INTERVENTO _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si allegano alla richiesta i campioni di sangue del paziente contrassegnati in maniera leggibile con nome, cognome, data di nascita, reparto e firma leggibile del responsabile del prelievo. Dichiaro di aver richiesto regolare consenso del paziente alla richiesta trasfusionale. Attesto di aver verificato la corrispondenza paziente/prelievo/richiesta.

MEDICO RICHIEDENTE (COGNOME E NOME) _____ Timbro e firma _____

CHI HA EFFETTUATO IL PRELIEVO (COGNOME E NOME) _____ Firma _____

DATA DELLA RICHIESTA ____/____/____ ora _____

RICHIESTA PERVENUTA IL ____/____/____ ora _____ FIRMA DI CHI RICEVE _____

VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELLA RICHIESTA

APPROPRIATA NON APPROPRIATA

Il medico di Medicina Trasfusionale