

 <p>ASP RAGUSA 7</p> <p>Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale</p>	<h2>RICHIESTA TRASFUSIONE DOMICILIARE</h2>	<p>MED/M8 Rev. 06 15/03/2018</p>
--	--	--

RISERVATO AL MEDICO CURANTE

Paziente _____ nato/a il _____

residente in via _____ n° _____ Città _____ Telefono: _____

Diagnosi _____

Richiesta di n° _____ unità di globuli rossi concentrati Emoglobina pretrasfusione: _____ gr/dL;

Richiesta di n° _____ unità di concentrati piastrinici Plt pretrasfusione: _____ /mmc

La trasfusione sarà eseguita da: Medico Curante Medico SAMOT Ragusa Medico SAMOT Palermo

Il sottoscritto Dott. _____ cellulare n. _____

dichiara che il/la paziente non è in grado di recarsi autonomamente presso il SIMT e pertanto necessita di terapia trasfusionale a domicilio.

Si allega **una richiesta SSN** per gruppo sanguigno ABO Rh (D) (cod. 90653), Anticorpi antieritrociti (Test di Coombs indiretto) (cod. 90493), n° _____ prove di compatibilità (cod. 90732).

Data: _____ Timbro e firma del Medico Curante: _____

La provetta per le prove pre trasfusionali (1 provetta di sangue raccolto in EDTA 4-7 ml) deve riportare in modo univoco le generalità anagrafiche del paziente (cognome, nome, data di nascita), la data e l'ora del prelievo e la firma di chi ha effettuato il prelievo.

Si ricorda che gli emocomponenti richiesti saranno trasfusi entro un tempo massimo di 72 ore dalla ricezione della richiesta e dei campioni presso il SIMT.

PRELIEVO PROVE PRETRASFUSIONALI

Eseguito da _____ alle ore _____ del _____ Firma _____

<p>RISERVATO AL SIMT</p> <p>Richiesta pervenuta in accettazione/laboratorio (barrare quanto non interessa) alle ore _____ del _____</p> <p>Consegnata da _____ Firma di chi consegna _____</p> <p>Accettata da _____</p> <p>Firma di chi accetta (per verifica conformità) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Richiesta conforme <input type="checkbox"/> Richiesta non conforme</p>	<p style="text-align: center;">Valutazione richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> Richiesta congrua</p> <p><input type="checkbox"/> Richiesta incongrua</p> <p>Firma del medico _____</p>
--	--

SECONDO CAMPIONE CONTROLLO GRUPPO SI NO

Pervenuto al SIMT alle ore _____ del _____ Consegnato da _____ Firma di chi consegna _____

Accettato da _____ Firma di chi accetta _____