



ASP Palermo
 Dipartimento Diagnostica di
 Laboratorio
 UOC Medicina Trasfusionale

**Modulo Richiesta Emocomponenti
 Plasmatici**

Mod. EMO. PLASM.

Rev. 01

Richiesta pervenuta il _____ alle ore _____ consegnata da (Firma operatore sanitario) _____

RICHIESTA TRASFUSIONALE (EMOCOMPONENTI PLASMATICI)

P.O. Richiedente :	U.O. :	N. Cartella Clinica :
--------------------	--------	-----------------------

Anagrafica Paziente

Cognome:	Nome:	Nato il / /
Luogo di Nascita:	Sesso: (M) (F)	Cod. Fiscale
Gruppo ABO:	Rh:	Diagnosi:

Dati di Laboratorio ed Anamnesi Trasfusionale

PT %	INR	PTT sec	Fibrinogeno			AT III	PLT 10 ³ µL
Trasfusioni Pregresse			Si	No	N.	Data dell'ultima :	
Reazione Trasfusionale			Si	No		Data e Descrizione:	
Gravidanze e/o aborti			Si	No	N°	Data	
Malattia Emolitica del Neonato			Si	No	N°	Data	

Tipologia EMOCOMPONENTI da richiedere

Tipologia Emocomponenti	Quantità
PLASMA FRESCO CONGELATO	
OCTAPLAS	
PLASMASAFE	

Richiesta Programmata per : giorno _____ ore _____
 Intervento Operatorio : giorno _____ ore _____
 Trasfusione urgente : giorno _____ ore _____

Da tenere a disposizione 48/72 ore dalla data di consegna
 Si No
 Si allegano n°2 provette (EDTA + asciutta) con anagrafica completa del paziente e firma leggibile dell'operatore che preleva

Firma di chi preleva : _____
 Orario del prelievo : _____

Si allegano n°2 provette (EDTA + asciutta) con anagrafica completa del paziente e firma leggibile dell'operatore che preleva

Orario del prelievo : _____

Trasfusione Urgentissima giorno _____ ore _____

Se non sarà possibile determinare il gruppo sarà assegnato plasma di gruppo AB
 Nel caso in cui le condizioni cliniche consentano di prelevare almeno un campione in EDTA ,si procederà all'assegnazione di unità omogruppo

DATA e ORA RICHIESTA: _____

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE _____

SPAZIO RISERVATO AL SIMT

Note per il SIMT : _____

CAI Ricevente :	CTRL Gruppo ABO/Rh e Fenotipo:	Data ed esito R.A.I.	Firma Tecnico SIMT

Data Prova di compatibilità : _____ Esito : Compatibile Non Compatibile ; note _____

Firma Leggibile e timbro Medico SIMT : _____

Consegnata il _____ Ore _____ Da _____

Ritirata il _____ Ore _____ Da _____

Si ricorda di restituire anche a mezzo fax il modulo di segnalazione reazione trasfusionale debitamente compilata "MD 14"

Da compilare in Reparto (in tutti i campi)