

	ASP Palermo Dipartimento Diagnostica di Laboratorio UOC Medicina Trasfusionale	Modulo Richiesta TYPE & SCREENING	Mod. TYPE. SCR.
			Rev. 01

Richiesta pervenuta il _____ alle ore _____				consegnata da (Firma operatore sanitario)	
P.O. Richiedente		U.O.		N. Cartella Clinica	
Anagrafica Paziente					
Cognome		Nome		Nato il: / /	
Luogo di nascita:		Sesso (M) (F)	C.F.		CAI
Gruppo ABO		Rh	Diagnosi:		
Dati di Laboratorio e Anamnesi Trasfusionale					
HCT %	Hb (gr/dl)	PLT 10 ³ µL		WBC 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:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Richiesta Type & Screening per </div>					
Tipologia di intervento:					
Programmato per		Data:		Ora:	
DATA E ORA RICHIESTA:		/ /			
Firma leggibile, matricola e timbro del medico richiedente					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Spazio Riservato al SIMT </div>					
TYPE & SCREENING ESITO:					
Gruppo ABO		Rh		Fenotipo	
<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	Anticorpo Identificato			
Note:					
Il Medico del SIMT:					
Firma leggibile, matricola					
Data di consegna:		/ /		Ora:	
Ritirato da		Il		Alle ore:	