

A.S. P. Palermo

Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Distretto Sanitario n°2 / Cefalù
Direttore: D.ssa Teresa Barone

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

RICHIESTA TRASFUSIONALE per Type and Screen

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

Anagrafica Paziente

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

Dati di Laboratorio ed Anamnesi Trasfusionale

HCHT %	Hb (g/dL)	PLT 10 ³ µL			WBC10 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

Intervento chirurgico di

Previsto il:

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

DATA e ORA RICHIESTA: _____

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE _____

SPAZIO RISERVATO AL SIMT

Note per il SIMT : _____

CAI Ricevente :	CTL Gruppo ABO/Rh e Fenotipo :		

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

Firma Leggibile 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

Da compilare in Reparto (in tutti i campi)