

REGIONE CAMPANIA
MODULO DI RICHIESTA DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI
(ai sensi della Legge 107/90 e D. M. S. 27/12/90)
Per terapia trasfusionale domiciliare

All' U.O.C. di Medicina Trasfusionale **ASL NA3 Sud**

ANAGRAFICA

Sig. _____
Cognome e Nome _____ Luogo e data di nascita _____

Domiciliato a _____ A.S.L. n° _____ Dist. n° _____

Diagnosi _____ Gruppo Sanguigno (se noto) _____

TIPO DI RICHIESTA

- Emazie concentrate : N° unità _____ (specificare Hb g /dL _____)
- Concentrati piastrinici : N° unità _____ (specificare numero di piastrine / µl _____)
- Plasma fresco congelato: N° unità _____ (specificare i valori di PT _____ PTT _____ o fattore carente _____)

GRADO DI URGENZA

() **Non urgente** (da tenere in prenotazione per il giorno _____ ore _____)

() **Urgente** (occorre un tempo minimo di 60' per le prove di compatibilità)

() **Urgentissima** (necessità immediata di sangue senza prove di compatibilità):

Dichiaro sotto la mia responsabilità che la gravità della situazione clinica del paziente è tale da rendere necessaria la trasfusione prima dell'esecuzione delle prove di compatibilità o del loro completamento (art. 28 D.M.S. 27/12/90).

FIRMA DEL MEDICO: _____

() Si allega provetta di sangue per controllo del gruppo ABO ed Rh e prove di compatibilità. Ai sensi dell'art. 27 D.M.S. 27/12/90 **attesto** che il campione di sangue allegato alla presente richiesta appartiene al Sig./ra _____

() Non si allega nessun campione di sangue perché non è stato possibile effettuare il prelievo.

DATI DA COMPILARE

Trasfusioni pregresse	si ()	no ()	data dell'ultima	_____
Reazioni trasfusionali	si ()	no ()	tipo	_____
Gravidanze pregresse	si ()	no ()	Aborti	si () no ()
Figli con Anemia Emolitica Neonatale	si ()	no ()		

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io sottoscritto Dott. _____ dichiaro di assumermi ogni responsabilità relativa all'indicazione alla trasfusione nonché all'infusione dell'emocomponente richiesto e alla restituzione al Servizio Trasfusionale dell'apparato utilizzato, per la sua distruzione. Dichiaro inoltre di aver informato il paziente dei rischi connessi alla terapia trasfusionale e di averne ottenuto il consenso dopo essermi accertato che abbia ben compreso.

Data _____ **ora** _____ **Timbro e Firma del medico** _____