

TRASFUSIONE DA EFFETTUARE IN:

Reparto       Sala operatoria

Data .....

Cognome ..... Nome ..... Sesso  M  F Nato il .....

Diagnosi .....

**RICHIESTA DI TERAPIA TRASFUSIONALE**

Richiesta inviata	ore
Richiesta arrivata	ore
Unità consegn.	ore

Si richiede il seguente preparato con procedura:

- non urgente.** Indicare la data e l'ora della terapia ..... ore
- urgente.** Sono concessi almeno 30/60 min. per una prova crociata rapida.
- urgentissima.** Necessità immediata di terapia senza prova crociata.

- a) sangue intero ..... unità n. ....
- b) emazie concentrate ... unità n. ....
- c) concentrati piastrinici unità n. ....
- d) plasma ..... unità n. ....
- e) plasma frescc ..... unità n. ....
- f) crioprecipitato ..... unità n. ....

- |                                    |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AUTOLOGO  |
| <input type="checkbox"/> DEDICATO  |
| <input type="checkbox"/> FILTRATO  |
| <input type="checkbox"/> LAVATO    |
| <input type="checkbox"/> IRRADIATO |

Indicaz. obbligatoria per le voci: a-b-c		DATA
emoglobina		
piastrine		

Paziente di gruppo ..... Rh .....  
fatto il ..... N. esame .....  
presso .....

Il paziente è già stato precedentemente trasfuso ..... 

si	no	non so
----	----	--------

  
Ha avuto reazioni in occasione di precedenti trasfusioni? ..... 

si	no	non so
----	----	--------

- Richiesta concordata       Richiesta non concordata
- Si invia insieme alla richiesta provetta di sangue per l'esame di compatibilità.
- Non si invia provetta di sangue per il seguente motivo .....

Firma leggibile del Medico

LA PRESENTE RICHIESTA DI TERAPIA TRASFUSIONALE DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE