



RICHIESTA TRASFUSIONE DOMICILIARE

MED/M8
Rev. 03
27/07/2015

RISERVATO AL MEDICO CURANTE

Paziente _____ nato/a il _____

residente in via _____ n° _____ Città _____ Telefono: _____

Diagnosi _____

Richiesta di n° _____ unità di globuli rossi concentrati Emoglobina pretrasfusione: _____ gr/dL;

Richiesta di n° _____ unità di concentrati piastrinici Plt pretrasfusione: _____ /mmc

La trasfusione sarà eseguita da: Medico Curante Medico SAMOT Ragusa

Medico SAMOT Palermo

Il sottoscritto Dott. _____ cellulare n. _____

dichiara che il/la paziente non è in grado di recarsi autonomamente presso il SIMT e pertanto necessita di terapia trasfusionale a domicilio.

*Si allegano **due richieste** compilate su **ricettario regionale**: una per gli emocomponenti richiesti (indicare tipo e numero) ed una per il gruppo sanguigno, Coombs indiretto e per le prove di compatibilità (indicare il numero in base alle unità richieste).*

Sul retro di tali richieste viene apposta la firma del paziente o di un delegato per avvenuta prestazione.

La provetta per le prove pre trasfusionali (**1 provetta di sangue raccolto in EDTA 7 mL** identificata con cognome, nome data di nascita e data di prelievo) deve essere firmata da chi esegue il prelievo.

Si ricorda che gli emocomponenti richiesti saranno trasfusi entro un tempo massimo di 72 ore dalla ricezione della richiesta e dei campioni presso il SIMT

Data: _____

Timbro e firma del Medico Curante: _____

RISERVATO AL PAZIENTE

Il sottoscritto _____ nato il _____ ai sensi dell'art. 11 del DM 03.03.2005 dichiara di essere stato informato dal proprio Medico Curante che la sua situazione clinica necessita di terapia trasfusionale, con i rischi che essa comporta (infettivi e immunologici).

Autorizza comunque il ricorso all'uso di sangue di donatore.

Data: _____ Firma del Paziente: _____

In caso di impossibilità di firma da parte del paziente, firmerà il medico curante o il medico trasfusore.

RISERVATO AL SIMT

Richiesta pervenuta in accettazione/laboratorio (barrare quanto non interessa)
alle ore _____ del _____

Consegnata da _____ Firma di chi consegna _____

Accettata da _____

Firma di chi accetta (per verifica conformità) _____

Richiesta conforme Richiesta non conforme

Valutazione richiesta

Richiesta congrua

Richiesta incongrua

Firma del medico _____

Nota: Eseguire prelievo per 2° determinazione

NOTE: _____
