

**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI  
ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Domicilio.....Tel.....

**A) Condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati:**

- 1) politrasfuso per emopatia cronica;
- 2) trasfuso per evento acuto.

**Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1).**

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

- 1)..... dal..... al.....;
- 2)..... dal..... al.....;
- 3)..... dal..... al.....;
- 4)..... dal..... al.....;
- 5)..... dal..... al.....;

Annotazioni: .....

**Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2).**

Tipo: .....

N. unità: .....

Data di somministrazione:     /     /

Luogo di somministrazione: .....

Annotazioni: .....

**Informazioni relative all'infezione HIV:**

Data rilevamento sierologico:                     /     /

Data diagnosi di malattia:                         /     /

Data grave immunodepressione (CD4<200ml):     /     /

**Informazioni relative all'infezione da virus epatitici:**

Data rilevamento sierologico HBSAg:             /     /

Data anti HCV:   /     /

Data diagnosi di epatopatia irreversibile:         /     /

Data dell'avvenuto decesso:                         /     /

**B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio:**

Data evento che ha determinato l'infezione:     /     /

Informazioni relative all'infezione da HIV: .....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici: .....

Data del decesso:     /     /

(Luogo e data) .....

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile e timbro del medico certificatore del Centro Trasfusionale)