

RICHIESTA DI GLOBULI ROSSI
AL S.I.M.T. – MONDOVI' A.S.L. CUNEO 1 – COPIA PER IL SIMT

DATA/...../..... ORAREPARTO/.....

PAZIENTE (Scrivere in stampatello)

Cognome / Nome...../..... **M** **F**

Data di nascita Luogo di nascita

Gruppo sanguigno Sistema ABO Sistema Rh.....

Trasfusioni pregresse ☐no ☐? ☐si Negli Ultimi 90 giorni? ☐no ☐? ☐si Reazioni trasfusionali ☐no ☐? ☐si

Gravidanze/Aborti ☐no ☐? ☐si Negli Ultimi 90 giorni? ☐no ☐? ☐si

DIAGNOSI

Peso Kg Hct..... Hb..... data

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

- ☐ Intervento chirurgico : ☐ Elezione ☐ Urgenza Tipo.....
☐ Emoterapia: se Hb > 8 g/dl motivare la richiesta

RICHIESTA:

- ☐ T&S (Gruppo AB0 e ricerca anticorpi)
☐ Emazie Concentrate Leucodeplete Pre Storage Unità N°.....

GRADO DI URGENZA

- ☐ Urgentissima (senza prove di compatibilità, qualora da un ritardo della trasfusione possa derivare pericolo di vita per il paziente)
☐ Urgente (può essere concessa 1 ora)
☐ Non urgente Trasfusione per il giorno/...../..... alle ore.....

Le unità rimangono disponibili per 72 ore dalla data della richiesta, dopodiché sono automaticamente liberate.

Invio un campione di sangue del paziente accuratamente contrassegnato e firmato da chi ha eseguito il prelievo.
Attesto di aver verificato la corrispondenza anagrafica paziente / richiesta.

MEDICO RICHIEDENTE
(Nome Cognome TIMBRO)

Firma leggibile

Dr

Dr

OPERATORE CHE HA ESEGUITO IL PRELIEVO
(Nome Cognome)

Firma leggibile

.....

.....

PARTE RISERVATA AL S.I.M.T

RICHIESTA N°		VALIDA FINO A ____ / ____ / ____	
		Firma verifica appropriatezza e corretta etichettature delle provette _____	
ACCETTAZIONE		ACCETTAZIONE 2° PRELIEVO in caso di paziente sconosciuto	

CONSEGNA UNITA'

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

RICHIESTA DI GLOBULI ROSSI

AL S.I.M.T. – MONDOVI' A.S.L. CUNEO 1 – COPIA PER IL REPARTO

DATA/...../..... ORAREPARTO/.....

PAZIENTE (Scrivere in stampatello)

Cognome / Nome...../..... **M** **F**

Data di nascita Luogo di nascita

Gruppo sanguigno Sistema ABO Sistema Rh.....

Trasfusioni pregresse ☐ no ☐ ? ☐ si Negli Ultimi 90 giorni? ☐ no ☐ ? ☐ si Reazioni trasfusionali ☐ no ☐ ? ☐ si

Gravidanze/Aborti ☐ no ☐ ? ☐ si Negli Ultimi 90 giorni? ☐ no ☐ ? ☐ si

DIAGNOSI

Peso Kg Hct..... Hb..... data

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

- ☐ Intervento chirurgico : ☐ Elezione ☐ Urgenza Tipo.....
☐ Emoterapia: se Hb > 8 g/dl motivare la richiesta

RICHIESTA:

- ☐ T&S (Gruppo AB0 e ricerca anticorpi)
☐ Emazie Concentrate Leucodeplete Pre Storage Unità N°.....

GRADO DI URGENZA

- ☐ Urgentissima (senza prove di compatibilità, qualora da un ritardo della trasfusione possa derivare pericolo di vita per il paziente)
☐ Urgente (può essere concessa 1 ora)
☐ Non urgente Trasfusione per il giorno/...../..... alle ore.....

Le unità rimangono disponibili per 72 ore dalla data della richiesta, dopodiché sono automaticamente liberate.

Invio un campione di sangue del paziente accuratamente contrassegnato e firmato da chi ha eseguito il prelievo.
Attesto di aver verificato la corrispondenza anagrafica paziente / richiesta.

MEDICO RICHIEDENTE
(Nome Cognome TIMBRO)

Firma leggibile

Dr

Dr

OPERATORE CHE HA ESEGUITO IL PRELIEVO
(Nome Cognome)

Firma leggibile

PARTE DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA DA PORTARE AL S.I.M.T AL RITIRO DI OGNI UNITA'

PARTE RISERVATA AL S.I.M.T

<p>RICHIESTA N°</p>	<p style="text-align: center;">VALIDA FINO A ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">Firma verifica appropriatezza</p> <p style="text-align: center;">_____</p>		
<p>ACCETTAZIONE</p>	<p>ACCETTAZIONE 2° PRELIEVO in caso di paziente sconosciuto</p>		

CONSEGNA UNITA'

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira

Globuli rossi concentrati:

Data...../...../..... Ora

Unità n°.....n°.....n°.....

ml.....ml.ml.....

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira