



A.S.L. CN1
Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano

MOD SIMTSV 151
RICHIESTA DI TRASFUSIONE
S.I.M.T. - Savigliano

Data Ora Ospedale Reparto Tel. interno

Cognome Nome

Data e luogo di nascita ☐ M ☐ F

*Eventuale Etichetta
dati anagrafici Paziente*

DIAGNOSI

Indicazioni per la trasfusione

Hb PLT TP PTT

Grado di urgenza:

☐ Urgentissima (necessità immediata di sangue senza test pre-trasfusionali)

☐ Urgente (entro 1 h) Trasfusione per il giorno ore

☐ Non urgente Trasfusione per il giorno ore

RICHIESTA:

☐ Emazie Filtrate ☐ Plasma ml

☐ Emazie Filtrate Irradiate ☐ Pool Piastrinici Irradiati

☐ Altro (specificare)

Gruppo sanguigno del paziente: GRUPPO RH

*Codice a barre
Richiesta*

Firma

☐ Determinato da questo servizio-codice paziente

☐ Sconosciuto ☐ in corso

T.C.I. (test di Coombs indiretto) ☐ NEG ☐ POS - Eventuale identificazione

Il paziente è già stato trasfuso? ☐ Si ☐ No ☐ Non so

Ha avuto reazioni in occasione di precedenti trasfusioni? ☐ Si ☐ No ☐ Non so

Se si tratta di donna, ha avuto gravidanze? ☐ Si ☐ No ☐ Non so

ALTRE NOTE

COGNOME, NOME E FIRMA

COGNOME, NOME E FIRMA

OPERATORE CHE EFFETTUA IL PRELIEVO

MEDICO RICHIEDENTE

DATA E ORA DEL PRELIEVO

Parte da compilarsi a cura del SIMT

Ricevuta alle ore del da

Richiesta Appropriata ☐ SI ☐ NO

FIRMA MEDICO del SIMT

