

**R755-1 RICHIESTA DI TERAPIA TRASFUSIONALE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  M  F  
 NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ PESO Kg \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_  
 LUOGO DI CURA \_\_\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_ TEL. REPARTO \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI**

\_\_\_\_\_

**Parametri ematologici : Hb \_\_\_\_\_ Hct \_\_\_\_\_ PLTs \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_ Fbg \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_**

Trasfusioni pregresse (NO) (SI) (NON NOTE)

Reazioni Trasfusionali (NO) (SI) (NON NOTE) Tipo \_\_\_\_\_

Parti e /o aborti (NO) (SI) (NON NOTI)

Figli con malattie emolitiche del neonato (NO) (SI) (NON NOTI)

**Trapianti di midollo osseo allogenico**  **autologo**  Data \_\_\_\_\_

**RICHIESTA**

**GRADO DI URGENZA**

**URGENTISSIMA** (senza prove di compatibilità )

**URGENTE**

**PER PAZIENTI CON VALORI DI Hb > 8 gr/dl  
 INDICARE LE RAGIONI CHE GIUSTIFICANO  
 LA RICHIESTA :**

- INSUFFICIENZA CARDIACA  
 INSUFFICIENZA RESPIRATORIA  
 EMORRAGIA IN ATTO

**PROGRAMMATA data** \_\_\_\_\_

**Globuli rossi concentrati n.**

**Plasma fresco congelato ml**

**Concentrato piatrinico**

**Unità autologa n.**

**Altro**

**Lavaggio**  **Irradiazione**

**INTERVENTO CHIRURGICO**

ELEZIONE  URGENZA DATA \_\_\_\_\_  
 PERDITE EMATICHE PREVISTE (ml) \_\_\_\_\_  
 TIPO DI INTERVENTO \_\_\_\_\_

Si allegano alla richiesta i campioni di sangue del paziente contrassegnati in maniera leggibile con nome, cognome, data di nascita, reparto e firma leggibile del responsabile del prelievo. Dichiaro di aver richiesto regolare consenso del paziente alla richiesta trasfusionale. Attesto di aver verificato la corrispondenza paziente/prelievo/richiesta.

**MEDICO RICHIEDENTE** ( COGNOME E NOME ) \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_

**CHI HA EFFETTUATO IL PRELIEVO** ( COGNOME E NOME ) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DATA DELLA RICHIESTA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **ora** \_\_\_\_\_

**RICHIESTA PERVENUTA IL** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **ora** \_\_\_\_\_ **FIRMA DI CHI RICEVE** \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELLA RICHIESTA**

- APPROPRIATA**  **NON APPROPRIATA**

**Il medico di Medicina Trasfusionale**

**R755-1 RICHIESTA DI TERAPIA TRASFUSIONALE**

**DISPOSIZIONI PER RICHIESTE DI EMOCOMPONENTI**

- La richiesta di emocomponenti deve essere inoltrata tramite l'apposito Modulo RICHIESTA DI TERAPIA TRASFUSIALE, deve essere compilata in tutte le sue parti e firmata dal medico richiedente e del responsabile del prelievo del campione ematico che accompagna tale richiesta.
- A tutti i pazienti candidati alla terapia trasfusionale, la determinazione del gruppo sanguigno ABO/Rh e il Test di Coombs Indiretto (TCI) devono essere effettuati al loro ingresso in reparto nelle fasce di accettazione comunicate.
- Ciascuna richiesta trasfusionale deve essere accompagnata da una provetta tappo viola in EDTA da 6 o 3 mL
- I campioni di sangue destinati alla tipizzazione eritrocitaria, alla ricerca di anticorpi irregolari anti-eritrocitari e all'esecuzione delle prove di compatibilità, devono essere raccolti in provette sterili, ognuna identificata in modo univoco con le generalità anagrafiche del paziente (cognome, nome, data di nascita), la data del prelievo e la firma di chi ha effettuato il prelievo. Nel caso di campione ematico di accompagnamento ad una richiesta di emocomponenti, deve essere riportata anche l'ora del prelievo.
- Le richieste di sangue per
  - Le terapie programmate per il pomeriggio devono pervenire entro le ore 11,30
  - Le terapie trasfusionali programmate per la mattina devono pervenire il giorno precedente entro le ore 14
  - Gli interventi chirurgici di elezione devono pervenire 24-72 ore prima della data del intervento, entro le ore 14
  - Gli interventi chirurgici del lunedì devono pervenire il venerdì precedente, entro le 14.
- Nel caso di paziente non precedentemente sottoposto a determinazione di gruppo sanguigno è necessario inviare, al ritiro delle unità di globuli rossi concentrati e/o plasma fresco congelato, una seconda provetta, prelevata in un momento diverso dalla prima, per la conferma di gruppo sanguigno.
- Non verranno accettate richieste
  - Incomplete per dati identificativi (cognome, nome, data di nascita) e firma del medico prescrittore e del responsabile del prelievo ematico del campione che accompagna la richiesta.
  - Con campione di sangue non inequivocabilmente correlabile con la richiesta
  - Con campione di sangue mancante i dati anagrafici del paziente (nome cognome data di nascita), data ed ora del prelievo o la firma del prelevatore
  - Pervenuta al di fuori delle fasce orarie di lavoro