

R755-2 RESTITUZIONE/SOSTITUZIONE EMOCOMPONENTI NON UTILIZZATI

RESTITUZIONE/SOSTITUZIONE EMOCOMPONENTI NON UTILIZZATI

Ai sensi del DMS 02 novembre 2015 Allegato VII il sottoscritto Dott. _____

dichiara che le unità n° _____

(specificare il tipo di emocomponente) _____, scadenza _____

consegnate a Reparto/Frigoemoteca _____

Luogo di cura _____

in data _____ alle ore _____

e non utilizzate, risultano integre e sono state conservate a temperatura idonea e trasportate secondo

la normativa vigente. SI NO

Motivi della non utilizzazione: _____

Data _____ ora _____

Firma del Medico

Qualora l'unità di sangue o di emocomponente non venga utilizzata, il richiedente provvede alla restituzione della stessa alla struttura trasfusionale fornitrice nel più breve tempo possibile e comunque entro 72ore dall'assegnazione .