

**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 .