

	<p style="text-align: center;">Azienda USL- Latina U.O.C. Medicina Trasfusionale Direttore. Dott. F. Equitani Dea II e I Ospedale S.M. Goretti Latina tel. 0773-6553583 Fax 0773-6553582 DEA I Ospedale Dono Svizzero Formia tel. 0771-779571 Fax 0771-779580</p>	<p style="text-align: center;">SPAZIO RISERVATO AL SIMT R75.5-1</p>
---	---	---

RICHIESTA DI TERAPIA TRASFUSIONALE

COGNOME _____	NOME _____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
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 <input type="radio"/> allogenico <input type="radio"/> autologo <input type="radio"/> Data _____		

RICHIESTA

<p>GRADO DI URGENZA</p> <p><input type="radio"/> URGENTISSIMA (senza prove di compatibilità)</p> <p><input type="radio"/> URGENTE</p> <p>PER PAZIENTI CON VALORI DI Hb > 8 gr/dl INDICARE LE RAGIONI CHE GIUSTIFICANO LA RICHIESTA :</p> <p><input type="radio"/> INSUFFICIENZA CARDIACA</p> <p><input type="radio"/> INSUFFICIENZA RESPIRATORIA</p> <p><input type="radio"/> EMORRAGIA IN ATTO</p> <p><input type="radio"/> PROGRAMMATA data _____</p>	<p><input type="radio"/> Globuli rossi concentrati n. _____</p> <p><input type="radio"/> Plasma fresco congelato ml _____</p> <p><input type="radio"/> Concentrato piatrinico _____</p> <p><input type="radio"/> Unità autologa n. _____</p> <p><input type="radio"/> Altro _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="radio"/> Lavaggio <input type="radio"/> Irradiazione</p> <p>INTERVENTO CHIRURGICO</p> <p><input type="radio"/> ELEZIONE <input type="radio"/> URGENZA DATA _____</p> <p>PERDITE EMATICHE PREVISTE (ml) _____</p> <p>TIPO DI INTERVENTO _____</p>
---	---

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

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 accettazione.