



Codice prelievo

Riservato SIMT

S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE

Viale Zoppis, 10 28021 Borgomanero
Tel. 0322/848481 - Fax. 0322/845005
e-mail: simt.bor@asl.novara.it

Etichetta identificazione paziente
codice SIMT

Riservato SIMT

RICHIESTA EMOCOMPONENTI e T&S

Il Medico richiedente: è responsabile della corretta identificazione del paziente e dei dati sotto indicati, è a conoscenza delle possibili pratiche di autotrasfusione e della vigente legislazione in merito al consenso informato per trasfusione omologa.

COGNOME
 NOME
 DATA DI NASCITA ___ / ___ / _____ SESSO M F
 LUOGO DI NASCITA PROVINCIA
 CODICE FISCALE
 CODICE ID AURA (se noto)
 REPARTO OSPEDALE

GRUPPO Rh GRUPPO SCONOSCIUTO
 TRASFUSIONI PREGRESSE SI NO NON SO Data ultima ___ / ___ / _____
 GRAVIDANZE SI NO NON SO PARTI/ABORTI SI NO NON SO
 FIGLI CON MEN SI NO NON SO PAZIENTE ALLERGICO SI NO NON SO
 REAZIONI TRASFUSIONALI SI NO NON SO DIAGNOSI _____

RICHIESTA TYPE & SCREEN PREINTERVENTO

Data Intervento ___ / ___ / _____ Numero unità previste: Tipo Intervento (Codice ICD9CM):

EMOCOMPONENTI RICHIESTI (Compilare solo i dati di laboratorio relativi alla riga emocomponente richiesto)

| Numero unità richieste | Emocomponente | Dati di laboratorio richiesti |
|------------------------|-------------------------|--|
| <input type="text"/> | EMAZIE CONCENTRATE | Hgb _____; HCT _____, RBC _____ |
| <input type="text"/> | CONCENTRATO PIASTRINICO | Plt _____, Petecchie <input type="checkbox"/> Ecchimosi <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | PLASMA FRESCO CONGELATO | INR _____, aPTT _____ |
| <input type="text"/> | SANGUE INTERO AUTOLOGO | (autodonazioni da ritirare) |

INDICAZIONE TRASFUSIONALE

Codice Norma UNI (vedi codici retro):

TRATTAMENTI RICHIESTI

Lavato Irradiato Pediatrica cc

URGENTISSIMA (Il Medico dichiara che la gravità della situazione clinica rende necessaria la trasfusione prima dell'esecuzione o del completamento delle prove di compatibilità)

Data ___ / ___ / _____ ora ___ : ___ Firma del Medico _____

URGENTE entro 1 ora (in fascia oraria di apertura del SIMT)

Data ___ / ___ / _____ ora ___ : ___ Firma del Medico _____

ORDINARIA (Consegna fascia oraria successiva all'arrivo del campione o nella data sottoindicata)

Data ___ / ___ / _____ Data ritiro ___ / ___ / _____ Firma del Medico _____

Data prelievo ___ / ___ / _____ ora prelievo ___ : ___ Firma del responsabile del prelievo _____

IL SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE NON ACCETTERA' RICHIESTE E/O PRELIEVI CHE NON SODDISFINO COMPLETAMENTE TUTTI I REQUISITI SOTTO ELENCATI.

AVVERTENZE:

1. COMPILARE ACCURATAMENTE LE RICHIESTE: IN OGNI PARTE IN STAMPATELLO

2. LE RICHIESTE INVIATE AL DI FUORI DELL' ORARIO DI SERVIZIO DEL SIMT (dalle ore 08.00 alle ore 17,00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 08.00 alle ore 13,00 al sabato) SARANNO ACCETTATE ED EVASE SOLO SE PRECEDUTE DA CONTATTI TELEFONICI CON IL REPERIBILE DEL SIMT.

3. LE RICHIESTE INERENTI INTERVENTI PROGRAMMATI DOVRANNO PERVENIRE 24 ORE PRIMA DELLA DATA FISSATA.

4. ALLEGARE SEMPRE IL CAMPIONE DI SANGUE RICHIESTO, DEBITAMENTE ETICHETTATO E COMPILATO, INDICANTE:

1. COGNOME, NOME E DATA DI NASCITA DEL PAZIENTE

2. DATA DI PRELIEVO E FIRMA (leggibile) DEL RESPONSABILE DEL PRELIEVO CHE GARANTISCE L'ESATTA CORRISPONDENZA PAZIENTE/PRELIEVO/DATI DEL PAZIENTE.

CAMPIONE DI SANGUE RICHIESTO: - Campione in EDTA (provetta tappo viola, lunga, cod. mag. V13)

INDICAZIONI TRASFUSIONALI (rif. Norma UNI) :

| Prodotto | Cod. | Indicazione |
|---------------|------|--|
| Globuli rossi | R01 | Anemie croniche con Hb < 7 g/dl o Ht < 21 % |
| Globuli rossi | R02 | Hb < 8 g/dl o Ht < 24 % |
| Globuli rossi | R03 | Hb < 9 g/dl in paziente da sottoporre ad intervento chirurgico |
| Globuli rossi | R04 | Hb < 10 g/dl in paziente sintomatico |
| Globuli rossi | R05 | Sanguinamento in atto (perdite > 15 % della volemia) |
| Globuli rossi | R06 | Sanguinamento in atto, con Hb < 9 g/dl |
| Globuli rossi | R07 | Sanguinamento in atto, calo pressorio > 20 % o F.C. > 120/min. |
| Globuli rossi | R08 | Neonati con Hb < 13 g/dl |
| Globuli rossi | R09 | Thalassemia |
| Globuli rossi | R10 | Exanguinotrasfusione |
| Globuli rossi | R99 | Sangue – altre indicazioni – Verifica del Comitato Buon Uso del Sangue* |
| Plasma | F01 | INR > 1,4 – Pazienti emorragici o chirurgici |
| Plasma | F02 | Coagulopatia Congenita con emorragia in atto |
| Plasma | F03 | CID in fase acuta |
| Plasma | F04 | Microangiopatia Trombotica (TTP – HUS) |
| Plasma | F05 | Plasma – exchange |
| Plasma | F06 | Iperdosaggio anticoagulanti in emorragie non trattabili |
| Plasma | F07 | Trasfusioni massive con INR > 1,4 |
| Plasma | F08 | Exanguinotrasfusione |
| Plasma | F99 | P.F.C. – Altre indicazioni – Verifica del Comitato Buon Uso del Sangue*. |
| Piastrine | P01 | Profilassi Emorragia in Pz. medici con PLT < 10.000 |
| Piastrine | P02 | Emorragia in Pz. medici sintomatici con PLT < 50.000 |
| Piastrine | P03 | Emorragia in Pz. chirurgici con PLT < 50.000 |
| Piastrine | P04 | Pz. in chirurgia di Elezione con PLT > 50.000 |
| Piastrine | P05 | Sanguinamento in atto |
| Piastrine | P99 | PLT – Altre indicazioni – Verifica del Comitato Buon Uso del Sangue* . |

* La congruità di tali richieste verranno esaminate e discusse dal Comitato Buon Uso del Sangue