

	<b>ASP Palermo</b> <b>Dipartimento Diagnostica di</b> <b>Laboratorio</b> <b>UOC Medicina Trasfusionale</b>	<b>Modulo Richiesta</b> <b>TYPE &amp; SCREENING</b>	Mod. TYPE. SCR.
			Rev. 01

Richiesta pervenuta il _____ alle ore _____				consegnata da (Firma operatore sanitario)	
P.O. Richiedente		U.O.		N. Cartella Clinica	
<b>Anagrafica Paziente</b>					
Cognome		Nome		Nato il:    /    /	
Luogo di nascita:		Sesso (M) (F)	C.F.		CAI
Gruppo ABO		Rh	Diagnosi:		
<b>Dati di Laboratorio e Anamnesi Trasfusionale</b>					
HCT %	Hb (gr/dl)	PLT 10 <sup>3</sup> µL		WBC 10 <sup>3</sup> µL	
Trasfusioni Pregresse	Si	No	N.	Data dell'ultima:	
Reazione Trasfusionale	Si	No	Data e descrizione		
Gravidanze e/o Aborti	Si	No	N.	Data:	
Malattia emolitica del neonato	Si	No	N.	Data:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>Richiesta Type &amp; Screening per</b> </div>					
Tipologia di intervento:					
Programmato per		Data:		Ora:	
DATA E ORA RICHIESTA:		/    /			
<b>Firma leggibile, matricola e timbro del medico richiedente</b>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>Spazio Riservato al SIMT</b> </div>					
<b>TYPE &amp; SCREENING ESITO:</b>					
Gruppo ABO		Rh		Fenotipo	
<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	Anticorpo Identificato			
Note:					
Il Medico del SIMT:					
<b>Firma leggibile, matricola</b>					
Data di consegna:		/    /		Ora:	
Ritirato da		Il		Alle ore:	