



**ASP Palermo**  
**Dipartimento Diagnostica di**  
**Laboratorio**  
**UOC Medicina Trasfusionale**

**Modulo Richiesta Emocomponenti**  
**Cellulari**

**Mod. EMO.CELL.**

**Rev 01**

Richiesta Pervenuta il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ consegnata da (Firma operatore sanitario) \_\_\_\_\_

**RICHIESTA TRASFUSIONALE (EMOCOMPONENTI CELLULARI)**

P.O. Richiedente :	U.O. :	N. Cartella Clinica :
--------------------	--------	-----------------------

**Anagrafica Paziente**

Cognome:		Nome:		Nato il / /	
Luogo di Nascita:		Sesso: (M) (F)		Cod. Fiscale	
C.A.I.:		Gruppo ABO:		Rh:	
Diagnosi:					

**Dati di Laboratorio ed Anamnesi Trasfusionale**

HCHT %	Hb (g/dL)	PLT 10 <sup>3</sup> µL			WBC10 <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	

**Tipologia EMOCOMPONENTI da richiedere**

Tipologia Emocomponenti	Quantità	Tipologia Emocomponenti	Quantità
Concentrato Eritrocitario da buffy coat		Concentrato Eritrocitario pediatrico Filtrato	
Concentrato Eritrocitario Filtrato		Concentrato Eritrocitario pediatrico Lavato e Filtrato	
Concentrato Eritrocitario da Aferesi		Concentrato Piastrinico Filtrato (Pool)	
Concentrato Eritrocitario filtrato e lavato		Concentrato Piastrinico da Aferesi	
Irradiazione emocomponenti			

Richiesta Programmata per : giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 Intervento Operatorio : giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 Trasfusione urgente : giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 Trasfusione non urgente: giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

**Si allegano n°2 provette ( EDTA + asciutta) con anagrafica completa del paziente e firma leggibile dell'operatore che preleva.**

Firma di chi preleva : \_\_\_\_\_  
 Orario del prelievo : \_\_\_\_\_

Da tenere a disposizione 48/72 ore dalla data di consegna  
 Si  No   
**Si allegano n°2 provette ( EDTA + asciutta) con anagrafica completa del paziente e firma leggibile dell'operatore che preleva**

**Trasfusione Urgentissima senza prove di Compatibilità**  
 giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Firma di chi preleva : \_\_\_\_\_  
 Orario del prelievo : \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui le condizioni cliniche consentano di prelevare almeno un campione in EDTA ,si procederà all'assegnazione di unità omogruppo, con compatibilità in itinere**

**DATA e ORA RICHIESTA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL SIMT**

**Note per il SIMT :** \_\_\_\_\_

CAI Ricevente :	CTRL Gruppo ABO/Rh e Fenotipo	Data ed esito R.A.I.	Firma Tecnico SIMT

Data Prova di compatibilità : \_\_\_\_\_ Esito :  Compatibile  Non Compatibile ; note \_\_\_\_\_

Firma Leggibile e timbro Medico SIMT : \_\_\_\_\_

**Consegnata il \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_**  
**Ritirata il \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_**

**Si ricorda di restituire anche a mezzo fax il modulo di segnalazione reazione trasfusionale debitamente compilata "MD 14"**

Da compilare in Reparto ( in tutti i campi)