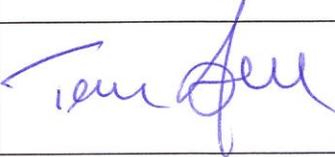
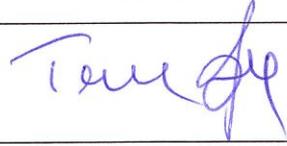
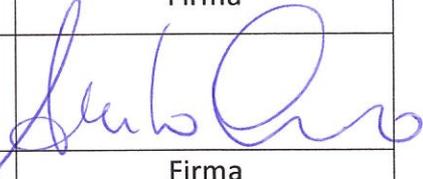
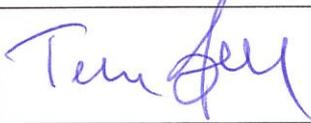


	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			REV 01 Data 13/09/2023	Pagina 1 di 11

REDAZIONE	Funzione/Qualifica	Data	Firma
Dr.ssa Teresa Barone	RUO	13/09/2023	
SERVIZIO PROPONENTE		Data	Firma
UOC Medicina Trasfusionale Dott.ssa Teresa Barone		07/04/2022	
VERIFICA CONFORMITA'	Funzione/Qualifica	Data	Firma
Dott. Curcio Alessandro	RGQ	13/09/2023	
APPROVAZIONE	Funzione/Qualifica	Data	Firma
Dr.ssa Teresa Barone	RUO	13/09/2023	
REVISIONI			
Rev.	Data	Motivo	
00	07/04/2022	Prima emissione	
01	13/09/2023	Aggiornamento modalità operative per AD Trasfusionale	

Copia in distribuzione con prot. 305709/2023 del
13/09/2023

Entrata in vigore
19/09/2023

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01</i> <i>Data</i> 13/09/2023	Pagina 2 di 12

INDICE

1. SCOPO	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
3. RIFERIMENTI	4
4. DEFINIZIONI	5
5. RESPONSABILITÀ.....	7
6. MODALITÀ OPERATIVE.....	7
7. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'.....	11
8. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA.....	12

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01</i> <i>Data</i> 13/09/2023	Pagina 3 di 12

1. SCOPO

La trasfusione di emocomponenti è di norma una terapia effettuata prevalentemente in ambito ospedaliero e ciò fa sì che l'attuale normativa non preveda di fatto specifiche linee d'indirizzo per le trasfusioni eseguite in pazienti deospedalizzati o anziani di tipo frail al proprio domicilio.

Le problematiche di tipo medico legale in aggiunta non fanno altro che aumentare la diffidenza da parte degli attori principali, ossia i medici di medicina generale nel gestire a domicilio del paziente tale attività terapeutica.

Per altri versi la normativa che regolarmente le prestazioni erogabili in ADI prevede la somministrazione anche di emocomponenti.

Obiettivo della presente procedura quello di coordinare il processo della Trasfusione Domiciliare che vede coinvolti da un lato l'ASP Palermo con i Medici di Medicina Generale, Distretti Sanitari, Servizi ADI e UOC di Medicina Trasfusionale e dall'altro le Aziende Ospedaliere della Città di Palermo sede, al fine di assicurare giusti ed equi livelli essenziali trasfusionali anche per tutti quei pazienti le cui condizioni sono tali da prevedere solamente un'assistenza domiciliare.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica per le attività terapeutiche trasfusionali in ADI Domiciliare eseguite dall'ASP di Palermo e con il supporto della UU.OO.CC. Di Medicina Trasfusionale dell'area Metropolitana di Palermo e dell'ASP territoriale

Con decorrenza 28/09/2015 viene attivata "l'ADI specialistica Trasfusione Domiciliare (ADI-T).

Tale servizio è dedicato a tutti i pazienti fragili non autosufficienti residenti nei Distretti dell'ASP di Palermo non più ospedalizzati e/o non ospedalizzabili con buon supporto familiare che inseriti in ADI necessitano di terapia trasfusionale su richiesta del MMG.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01</i> <i>Data</i> 13/09/2023	Pagina 4 di 12

3. RIFERIMENTI

Norme Internazionali

- Norma UNI EN ISO 9001:2015

Norme Europee

- Direttiva Europea 21 gennaio 2003.

Norme Nazionali

- Accordo Stato Regioni 16/12/2010 "requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta sul modello per le visite di verifica";
- D.M. Trasporti 9 settembre 2008;
- D.lvo 261 del 20 Dicembre 2007;
- D.lvo 208 del 9 Novembre 2007;
- D.lvo 207 del 9 Novembre 2007;
- L. 219 del 21 Ottobre 2005
- *D.M. 2/11/2015*
- *D.M. 18/11/2015*
- ***D.L. 18/01/2018***

Norme Regionali

- D.A. 04 Marzo 2011 "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti nell'ambito della Regione Siciliana";
- D.A. 15 Dicembre 2010 "Interventi a supporto della plasmaproduzione e tariffe di trasferimento degli emoderivati";
- D.A. 11 Gennaio 2008 "Approvazione degli standard per la gestione del rischio clinico per le Strutture Ospedaliere;
- D.A. Sanità 19 Settembre 2008;
- D.A. Sanità Sicilia 4 Aprile 2006;
- D.A 2 marzo 2016 "Adeguamento della Regione siciliana a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e dall'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01</i> <i>Data</i> 13/09/2023	Pagina 5 di 12

2015 rep. n. 32/CSR: elenchi dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento. Definizione dei tempi per l'adeguamento. Percorso per l'istituzione dell'organismo tecnico accreditante.”

- D.A, n°33 del 9 giugno 2017 “ nuovo schema di convenzione associazioni donatori di sangue “

- **Linee guida e raccomandazioni**

- Raccomandazione n° R (95) 15, ed 18ma , del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri sulla Preparazione, Uso e Garanzia di Qualità degli Emocomponenti (adottata dal Comitato dei Ministri il 12 ottobre 1995 al 5450 Meeting), V Edizione, Versione 1998, Parte 8 “Raccolta del sangue” pubblicata su Il Servizio Trasfusionale n° 1 - gennaio-febbraio 1999 pagine 23-35

- COUNCIL RECOMMENDATION of 29 June 1998 (R 98/463/CE) on the suitability of blood and plasma donors and the screening of donated blood in the European Community, pubblicato su Official Journal of the European Communities del 21.071998, L 203/14— L 203/2;

- AABB — Standard for Blood Banks and Transfusion Services 16 edizione ;
- Linee Guida CNS 02 rev.0 del 07/07/2008;
- Linee guida CNS 01 del 07/07/2008;
- Manuale Standard Medicina Trasfusionale edizione 3° Ottobre 2017.

4. DEFINIZIONI

Donazione: l'azione di un singolo individuo, effettuata volontariamente in maniera spontanea e gratuita, finalizzata al donare una determinata quantità del proprio sangue o dei suoi componenti, affinché venga utilizzata per scopi medici.

Sangue Intero: Sangue prelevato, a scopo trasfusionale, da un Donatore, utilizzando kit e sacche sterili, apirogeni e contenenti soluzione anticoagulante e soluzioni adiuvanti.

La funzione più importante è quella di fornire l'elemento base per la produzione degli emocomponenti.

Emocomponenti: prodotti del frazionamento del sangue intero o da donazione in aferesi;

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01 Data 13/09/2023</i>	Pagina 6 di 12

Emonet: Sistema informatico che consente la gestione dei servizi trasfusionali e favorisce il "buon uso del sangue" in termini di sicurezza trasfusionale, e permettendo la tracciabilità del ciclo trasfusionale, dalla raccolta delle donazioni alla loro lavorazione, dalla conservazione alla distribuzione/assegnazione.

Esami: test chimico clinici eseguiti sull'aspirante donatore, allo scopo di definire il buono stato di salute necessario per la successiva donazione o rilevare anomalie o processi morbosi latenti che non permettono la donazione.

Trasfusione : procedura relativa all'infusione di emocomponenti cellulari e/o plasmatici finalizzata al miglioramento perfusionale

Strumentazione: l'insieme degli strumenti necessari per effettuare gli esami di legge per gli aspiranti donatori.

Emovigilanza: monitoraggio di tutti gli eventi avversi che possono accadere nel processo trasfusionale.

CAI: Codice Anagrafico Identificativo

CDM: Codice Mondiale delle donazioni

CDMN: Codice Donazione più codice EMO

DIR: Dirigente medico

INF: infermiere

RUO: Responsabile Unità Operativa

RGQ: Referente Gestione Qualità

TEC: Tecnico

OSS: Operatore socio Sanitario

AMM: Amministrativo

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01 Data 13/09/2023</i>	Pagina 7 di 12

5. RESPONSABILITÀ

Matrice delle responsabilità									
	RUO	RGQ	DIR	TEC	DIR ENTE	INF ENTE	OSS ENTE	AMM Ente	Autista ENTE
Accettazione			D	D	D	D	C	C	C
Anamnesi			C		D	C	C		
Visita			C		D				
Prelievo					C	D	C		C
TRASPORTO			D		C	D	D		D

Legenda: D= Diretta; C=Condivisa

6. MODALITÀ OPERATIVE

Sarà a carico della RTI OSA-SISIFO l'assistenza medica e infermieristica e organizzativa e la fornitura di tutte le apparecchiature (ambu - sfigmomanometro- piantana- valigetta frigo – altro ...) e del materiale sanitario (farmaci- Ossigeno) necessario all'esecuzione dell'emotrasfusione e alla gestione di eventuali emergenze nel pieno rispetto di condizioni di sicurezza e qualità.

L'attivazione del Servizio ADI Trasfusione Domiciliare (ADI-T) si rende necessario in quanto la trasfusione di sangue ed emoderivati

- è un atto medico complesso che in situazioni definite può essere eseguita anche al domicilio in alternativa al ricovero con contenimento dei costi e riduzione dei disagi per i pazienti
- va effettuata sotto stretto controllo sanitario al fine di prevenire / gestire, ogni eventuale reazione e/o complicanza
- l'esecuzione a domicilio presuppone una sinergia operativa tra MMG, personale del servizio di assistenza domiciliare e SIMT di riferimento territorialmente competente, familiare /caregiver del paziente e l'applicazione di specifiche norme comportamentali.
- rientra nei LEA (ART.5 legge 219/05) e nelle prestazioni " Cure Domiciliari i "

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01</i> <i>Data</i> 13/09/2023	Pagina 8 di 12

6.1

L'attivazione del servizio di trasfusione domiciliare, posto che la stessa non può essere attivata per le urgenze, prevede:

a cura del MMG:

1. identificazione clinica del paziente che ha necessità di essere trasfuso e la non trasportabilità
2. richiesta su Ricettario Regionale **dematerializzata** per la determinazione del gruppo sanguigno e prove di compatibilità pretrasfusionali
3. richiesta su Ricettario Regionale per trasfusione di emocomponenti solo ed esclusivamente vi sia un blocco del sistema STS Regionale
4. compilazione modulo di richiesta ADI -Trasfusione in ogni sua parte e richiesta assegnazione del tipo di emocomponente da trasfondere e numero di unità
5. attivazione dell'ADI tramite segnalazione su apposita scheda, da inviare via fax o e-mail alla sede dell' U.O Sociosanitaria del distretto, riportando la diagnosi – il proprio recapito telefonico e gli ultimi valori di emoglobina /ematocrito - valore INR -piastrine
6. acquisizione del consenso informato del paziente
7. richiesta su ricettario Regionale esami per la valutazione dell'efficacia della trasfusione (emocromo completo di reticolociti - ferritinemia .

a cura del responsabile dell'UO Socio Sanitaria distrettuale:

1. verifica dell'eleggibilità del paziente in ADI qualora il paziente non fosse già inserito in un programma di cure domiciliari
2. acquisizione e verifica di tutta la documentazione presentata (richieste su Ricettario Regionale o ricetta dematerializzata del MMG e del consenso informato)
3. verifica condizioni socio-ambientali
4. invio telematico del **PAI Trasfusione (PAI-T)** alla Centrale Enti terzo settore per AD Trasfusionale
5. Registrazione dell'avvenuta trasfusione

Il PAI per la Trasfusione Domiciliare prevede :

- la presa in carico da parte del medico specialista degli ENTI terzo settore per la gestione del paziente e della trasfusione
- gli accessi dell' infermiere professionale dedicato che assumerà il ruolo di case manager.

a cura delle Centrali Operative enti terzo settore per AD Trasfusionale

entro 48 ore e secondo l'ordine cronologico di ricezione nel rispetto del piano assistenziale

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01</i> <i>Data</i> 13/09/2023	Pagina 9 di 12

(PAI-T) ricevuto dall'ASP

1. provvede ad individuare gli operatori
2. comunica al responsabile dell' U.O sociosanitaria del distretto il nome del medico e dell'infermiere incaricato
3. comunica al responsabile dell' U.O sociosanitaria del distretto dell'avvenuta trasfusione e invia relativa relazione degli operatori.

a cura dell'infermiere degli enti terzo settore per Ad Trasfusionale

1. effettuare il primo accesso a domicilio del paziente per l'esecuzione del prelievo ematico e acquisire le relative richieste già compilate dal MMG
2. trasportare e consegnare le provette e relative richieste al Centro Trasfusionale di riferimento per la determinazione del gruppo sanguigno e le prove di istocompatibilità
3. organizzare le modalità della trasfusione con il medico incaricato dalla Centrale Operativa ritirare le unità di sangue, munito di regolare autorizzazione per il ritiro per conto del paziente,
4. provvedere al trasporto immediato a domicilio in contenitore termico a norma
5. confermare telefonicamente al paziente o suoi familiari e al MMG l'ora prevista per la trasfusione, e comunque entro due ore dal ritiro
6. eseguire su indicazione del MMG ulteriore prelievo ,dopo 48-72 ore se trasfusione di emazie - dopo 18-24 in caso di trasfusione piastrinica

a cura del personale medico (medico che assicura la terapia trasfusionale) degli Enti terzo settore per AD Trasfusionale concordate le modalità e i tempi con l'infermiere

1. provvedere a verificare e trasferire a domicilio tutto il materiale e i farmaci che devono essere disponibili durante la trasfusione
2. identificare e informare dettagliatamente il paziente sull'atto medico
3. acquisire il consenso informato in presenza di un familiare (D.M. 2 novembre 2015)
4. acquisire la modulistica che accompagna le unità da trasfondere
5. rilevare e annotare su apposito fascicolo i dati emodinamici e le condizioni del paziente prima e dopo la trasfusione (PA - FC- Tc- Sat.O2 e tutto ciò che ritiene opportuno segnalare)
6. rilevare i dati dell'unità da trasfondere e il numero di carico della sacca, accertando la compatibilità, l'ora in cui inizia e termina la trasfusione
7. attuare le procedure per la trasfusione di sangue
8. presenziare per tutta la durata e per 15 minuti dopo l'avvenuta trasfusione
9. rilevare – gestire - registrare – eventuali reazioni avverse
10. inviare al servizio trasfusionale la segnalazione di reazioni avverse
11. registrare e acquisire la firma del paziente o care giver dell'avvenuta trasfusione

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01</i> <i>Data</i> 13/09/2023	Pagina 10 di 12

12. compilare l' apposita modulistica MD 13 b da inviare al SIMT presso cui sono stati ritirati;
13. comunicare l'avvenuta trasfusione al MMG e all'U.O Sociosanitaria del distretto di riferimento

6.2

Richiesta Trasfusionale e codici Regionali SSN

A seguito dell'autorizzazione per AD Trasfusionale e alla revisione della procedura, al fine di ottimizzare le risorse disponibili e i tempi di esecuzione si reputa necessario chiarire le modalità con cui devono essere compilate da parte del MMG le richieste su Ricettario Regionale che gli operatori dell'ADI Trasfusione devono esibire al SIMT di riferimento della provincia di Palermo

6.3

L'Ente autorizzato per le attività di assistenza domiciliare per l'assistenza trasfusionale domiciliare dovrà assicurare le attrezzature / apparecchiature, materiale di seguito elencato:

- ✓ **Attrezzature – Apparecchiature:**
 - piantana di sostegno
 - cestello portaflebo
 - sfigmomanometro
 - termometro
 - bombola di ossigeno
 - frigo portatile contenente ghiaccioli sintetici refrigerati
- ✓ **Materiale per l'esecuzione prelievo ematico :**
 - salviette monouso – gel per lavaggio sociale delle mani
 - contenitore per trasporto provette
 - sistema completo vacutainer
 - laccio emostatico
 - cotone disinfettante
 - guanti sterili monouso
 - provette
- ✓ **Dispositivi di sicurezza :**
 - occhiali o visiera
 - valigetta di sicurezza

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
<i>Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale</i>			<i>REV 01 Data 13/09/2023</i>	Pagina 12 di 12

TIPOLOGIA NC	RILEVATORE NC	REGISTRAZIONE NC	RISOLUZIONE NC
emocomponenti non idonei			normativa
Richiesta SSN non dematerializzata	DIR	Registro NC	Rinvio sino a conferimento Richiesta dematerializzata
Errata codifica prestazioni trasfusionali	DIR	Registro conformità non	Rinvio sino a conferimento di nuova e corretta richiesta

8. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

TIPO DOCUMENTO	RESPONSABILI	LUOGO DI CONSERVAZIONE	TEMPO DI CONSERVAZIONE
	LE REGISTRAZIONI		
Consenso Dati Privacy	DIR	Dentro la Cartella Sanitaria del Paziente	30 anni
Autorizzazione SP	DIR	Archivio Ente	30 anni
Consenso Paziente	DIR	Cartella Sanitaria del Paziente	30 anni



U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria
27 MAG 2022
Prot. n. 5342

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05641760829
*Dipartimento della programmazione e della
organizzazione delle attività territoriali e
dell'integrazione Socio-Sanitaria*

Data 27/05/2022

Prot. 6339/U

U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria

Via Pindemonte, 88 - 90100 – Palermo
Telefono 091/7033242 – FAX 091/7033238
E-MAIL
adidip@asppalermo.org
WEB
www.asppalermo.org

Al Direttore UOC Cure primarie
SEDE

OGGETTO: Chiarimenti sulla compilazione delle ricette e utilizzo codici ricetta dematerializzata per la Trasfusione a domicilio

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili, i tempi di attivazione per l'esecuzione della Trasfusione a Domicilio ed il rischio di prescrizioni inappropriate che potrebbero arrecare un danno erariale si reputa necessario chiarire le modalità con cui vanno compilate le richieste su ricettario regionale che gli operatori dell'ADI trasfusione devono esibire al Centro Trasfusionale di riferimento. Si precisa che per attivare l'ADI trasfusionale il valore di Hb deve essere uguale o minore di 7,5gr/dl

Le richieste da compilare e che devono riportare :

1. dati anagrafici del paziente
2. indirizzo dove verrà effettuata la trasfusione
3. eventuali esenzioni
4. tipo di emocomponente e numero di unità richieste.
5. diagnosi per esteso

Se la sacca di sangue da trasfondere è una (1)

1) Se gruppo sanguigno paziente non noto

Richiesta n°1	Cod. 90472 anticorpi Anti	Qta.1
	Cod.90644 fenotipo Rh	Qta 1
	Cod. 90653 gruppo sanguigno ABO/Rh (D)	Qta 1
	Cod. 90632 Fenotipo Kell	Qta 1
Richiesta n°2	Cod. 90493 Anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto)	Qta 1
	Cod. 90484 Caratterizzazione range termico	Qta 2
	Cod.90654 gruppo sanguigno ABO/Rh Controllo	Qta 1
	Cod.9073.2 prova di compatibilità pretrasfusionale	Qta 1

Richiesta n.3	Prelievo post-trasfusionale	
	Cod. 90622 Emocromo	Qta 1
	Cod.90745 Reticolociti	Qta 1
	Cod. 90223 Ferritina	Qta 1

2) Se gruppo sanguigno paziente già noto

Richiesta n°1	Cod. 90493 Anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto)	Qta 1
	Cod. 90484 Caratterizzazione range termico	Qta 2
	Cod.90654 gruppo sanguigno ABO/Rh Controllo	Qta 1
	Cod.9073.2 prova di compatibilità pretrasfusionale	Qta 1

Richiesta n.2	Prelievo post-trasfusionale	
	Cod.90622 Emocromo	Qta 1
	Cod.90745 Reticolociti	Qta 1
	Cod. 90223 Ferritina	Qta 1

Se la sacca di sangue da trasfondere sono due (2)

1)Se gruppo sanguigno paziente non noto

Richiesta n°1	Cod. 90472 anticorpi Anti	Qta 1
	Cod. 90644 fenotipo Rh	Qta 1
	Cod. 90653 gruppo sanguigno ABO/Rh (D)	Qta 1
	Cod. 90632 Fenotipo Kell	Qta 1

Richiesta n°2	Cod. 90493 Anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto)	Qta 1
	Cod. 90484 Caratterizzazione range termico	Qta 3
	Cod.90654 gruppo sanguigno ABO/Rh Controllo	Qta 1
	Cod.9073.2 prove di compatibilità pretrasfusionale	Qta 2

Richiesta n.3	Prelievo post-trasfusionale	
	Cod. 90622 Emocromo	Qta 1
	Cod.90745 Reticolociti	Qta 1
	Cod. 90223 Ferritina	Qta 1

2) Se gruppo sanguigno paziente già noto

Richiesta n°1	Cod. 90493 Anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto)	Qta 1
	Cod. 90484 Caratterizzazione range termico	Qta 3
	Cod.90654 gruppo sanguigno ABO/Rh Controllo	Qta 1
	Cod.9073.2 prova di compatibilità pretrasfusionale	Qta 2

Richiesta n.2	Prelievo post-trasfusionale	
	Cod. 90622 Emocromo	Qta 1
	Cod.90745 Reticolociti	Qta 1
	Cod. 90223 Ferritina	Qta 1

Nella prima ricetta nello spazio riservato al quesito diagnostico deve essere specificato quanto segue: ° si richiedono una o due unità di emazie concentrate omogrupo omofenotipo in soggetto affetto da..... (Inserire patologia e valore di emoglobina)

In caso di trasfusione effettuata al domicilio per pazienti fragili, in ADI, non deve essere più inserito il codice 99071 Trasfusione di sangue o emocomponenti, che vale esclusivamente nel caso in cui il paziente effettui la trasfusione in ambiente ospedaliero in day service o ambulatoriamente quando il paziente si reca negli ambulatori ospedalieri o quando è il Medico di Medicina Generale che effettua la trasfusione al domicilio senza attivare un programma di ADI.

Si ricorda altresì che la procedura ADI nel caso in cui il valore di emoglobina è < a 6 gr/dl ed il paziente non è emodinamicamente stabile o presenta altre gravi comorbidità, la trasfusione domiciliare non dovrà essere attivata ma il paziente dovrà essere indirizzato presso il più vicino P.S. al fine di ricevere la idonea ed appropriata valutazione clinico -diagnostica oltre che ricevere il supporto trasfusionale in ambiente protetto

Il Responsabile ff
Coordinamento Unità Valutative
(Dott.ssa Laura Calicà)

Il Direttore ff U.O.C.
Integrativa Socio Sanitaria
(Dott. Giovanni Vespignano)

Il Direttore del Dipartimento
Interaziendale di Diagnostica di Laboratorio
(Dott.ssa Teresa Barone)



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141
PALERMO C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento Interaziendale di Diagnostica di Laboratorio

C.da Pietrapollustra -90015 -Cefalù -
Telefono: 0921/920532 Fax: 0921/920420
Email: diplaboratori@asppalermo.org
Web: www.ausl6palermo.org
Direttore: D.ssa Teresa Barone

Oggetto: obbligo trasmissione consenso informato trasfusione emocomponenti nelle procedure trasfusionali domiciliari

Al Direttore UOC Integrazione
Socio Sanitaria

E p.c. Al Direttore Sanitario
Al Direttore UOC Cure Primarie

A seguito di spiacevole evento occorso durante una procedura di trasfusione domiciliare per paziente fragile residente nel Comune di Casteldaccia, per il quale la ricerca dell'unità di emazie concentrate è stata particolarmente resa difficoltosa dalla condizione immunoematologia caratterizzata dalla presenza di più alloanticorpi diretti verso antigeni gruppo enatici diversi dal Sistema Rh, nonché da un DAT positivo, conclusasi con "il rifiuto della figlia a procedere con la trasfusione" e con l'eliminazione dell'unità di gruppo O Rh positivo e fenotipi rari, si dispone quanto segue:

1. Premesso che la normativa trasfusionale prevede l'obbligo di acquisire il consenso informato prima della trasfusione di qualunque emocomponente, si dispone che il suddetto consenso sia raccolto dal paziente, se in grado di intendere e di volere o dal "tutore legale dello stesso", al momento dell'attivazione della procedura trasfusionale domiciliare a carico del medico curante o dal dirigente che attiva la procedura (vedasi allegato consenso);
2. E' altresì necessario acquisire i riferimenti documentali del caregiver nel caso in cui lo stesso sia stato individuato quale tutore legale e/o amministratore di sostegno del paziente;
3. Copia del consenso informato dovrà essere allegato inoltre alla documentazione in accompagnamento alla richiesta trasfusionale nel momento in cui la stessa sia conferita alla UOC Medicina Trasfusionale e una copia in accompagnamento al momento della trasfusione in modo che il medico che effettua la trasfusione domiciliare riceva la conferma di procedere alla trasfusione dal paziente in primis o dal tutore legale la ove ufficialmente individuato.

Si chiede di dare ampia informazione agli enti coinvolti nell'assistenza trasfusionale domiciliare nonché ai medici curanti per il tramite della UOC Cure Primarie, al fine di evitare che si determinino condizioni di mancata assistenza e rischio per il paziente.

Il Direttore del Dipartimento
Interaziendale di Diagnostica
Dott.ssa Teresa Barone

MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio Servizio di Immunematologia e Medicina Trasfusionale	CONSENSO INFORMATO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI REV 01 del 09-01-2014	Pag. 1
---	---	---	-----------

CONSENSO INFORMATO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

Gentile Signora/Egregio Signore,

Lei è stato/a informato/a del suo stato di salute e della procedura di cura. Durante il ricovero è insorta / potrebbe insorgere la necessità di trasfusione di emocomponenti e/o infusione di emoderivati .

Il presente documento, che la invitiamo a leggere attentamente, ha come scopo informarla dei benefici e dei possibili rischi associati a tale tipo di terapia. Per facilitare la sua comprensione, riportiamo alcune definizioni ed informazioni in merito alla terapia trasfusionale/infusiva.

1. Definizioni

- a. Emocomponenti: frazioni del sangue (globuli rossi, plasma, piastrine) ottenute mediante mezzi fisici semplici
 b. Emoderivati: le specialità medicinali (albumina, immunoglobuline, fattori della coagulazione) estratte dall'emocomponente plasma mediante il processo di lavorazione industriale

2. Benefici

- a. Globuli rossi: aumentare rapidamente l'apporto di ossigeno ai tessuti
 b. Piastrine: trattamento o prevenzione delle emorragie dovute a carenza quantitativa o qualitativa delle piastrine
 c. Plasma: migliorare la coagulabilità sanguigna, compromessa da deficit congeniti od acquisiti di fattori della coagulazione
 d. Albumina: correggere i livelli di albumina contenuta nel plasma
 e. Immunoglobuline: in caso di assenza o carenza delle stesse, ridurre o prevenire la suscettibilità alle infezioni in generale (immunoglobuline polispecifiche) o ad alcune infezioni in particolare (immunoglobuline monospecifiche)
 f. Fattori della coagulazione: in caso di deficit quantitativi o funzionali degli stessi, trattamento o la prevenzione di emorragie

3. Possibili rischi legati alla trasfusione di emocomponenti

Si riportano di seguito i possibili rischi legati alla trasfusione, raggruppati per incidenza e gravità dai più frequenti e non pericolosi ai rarissimi e più gravi

a. Frequenti :

Brivido , Febbre, Orticaria

b. Non frequenti

- Reazione emolitica acuta
- Insufficienza respiratoria acuta da trasfusione
- Sovraccarico circolatorio (più pericoloso in soggetti cardiopatici)
- Reazione emolitica ritardata
- Sovraccarico di ferro (per numero di unità di globuli rossi trasfuse superiore a 20)

c. Rarissimi

- Reazione emolitica acuta
- Shock anafilattico (in particolar modo in pazienti con carenza congenita di Immunoglobuline di classe A)
- Setticiemia
- Reazione del trapianto verso l'ospite (GVHD TRANSFUSION RELATED)
- Infezione da Epatite B
- Infezione da Epatite C
- Infezione da HIV

4. Possibili complicanze dell'infusione di emoderivati

Generalmente scompaiono rapidamente dopo riduzione della velocità di infusione od interruzione della somministrazione :

Arrossamento cutaneo , Orticaria, Febbre, Nausea, Ipotensione , rarissimamente Shock anafilattico (in pazienti con deficit di IgA) ,

Rischio di trasmissione di malattie virali per agenti conosciuti: nessuno

5. Alternative alla trasfusione di sangue omologo (da donatore): utilizzabili in quadri clinici cronici/carenziali

- a. Eritropoietina: l'effetto sull'anemia si manifesta dopo una o più settimane dall'inizio del trattamento
- b. Ferro, vitamina B₁₂, acido folico: somministrazione indicata in caso di anemia secondaria a specifica carenza; anche in questo caso l'effetto sull'anemia si manifesta dopo una o più settimane dall'inizio del trattamento

MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

	<p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale</p>	<p>CONSENSO INFORMATO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI REV 01 del 09-01-2014</p>	<p>Pag. 2</p>
---	---	---	-------------------

Si informa altresì che la selezione dei donatori viene effettuata seguendo scrupolosamente le disposizioni contenute nei Decreti a questo scopo emanati dal Ministero della Salute, nonché del fatto che gli emocomponenti prodotti rispondono appieno, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, agli standard di legge.

Dopo la lettura delle informazioni forniteLe, Le chiediamo di esprimere per iscritto il suo consenso/dissenso alla trasfusione di emocomponenti e/o infusione di emoderivati.

Io sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____, ben comprese le informazioni contenute nel presente modulo, illustratemi nei particolari dal Dr. _____,

ACCONSENTO alla trasfusione di emocomponenti infusione di emoderivati
(barrare la casella corrispondente in caso di accettazione)

NON ACCONSENTO alla trasfusione di emocomponenti infusione di emoderivati
(barrare la casella corrispondente in caso di non accettazione)

Data ____/____/____ Firma _____ (Paziente/tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto, confermo di avere illustrato al paziente/parente quanto contenuto nel presente modulo, in particolar modo per ciò che attiene ai rischi connessi alla somministrazione di emocomponenti ed emoderivati.

Data ____/____/____ Firma _____ (Medico che ha informato il paziente)

Io sottoscritto Dr. _____, pur non essendo possibile acquisire il Consenso Informato del paziente, a causa delle sue condizioni cliniche, che non consentono la comprensione delle informazioni contenute nel presente modulo, in assenza del tutore legale/genitore, ho provveduto ad inoltrare richiesta di emocomponenti e/o emoderivati, prevedendone la somministrazione qualora se ne ravvisasse la necessità al fine di migliorare o risolvere subentranti situazioni di emergenza, pericolose per la vita del paziente.

Data ____/____/____ Ora ____.

Cognome e Nome del paziente (in stampatello)

Firma del Medico (leggibile)

MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

	<p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale</p>	<p>CONSENSO INFORMATO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI REV 01 del 09-01-2014</p>	<p>Pag. 3</p>
---	--	---	-------------------

**SEZIONE DA COMPILARE SE COINVOLGIMENTO DI
SOGGETTI DIVERSI DAL PAZIENTE
PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

SE IL PAZIENTE È MINORE D'ETÀ: Dati dei Genitori di.....

PADRE

Cognome e Nome, nato/a a il.....

MADRE

Cognome e Nome, nato/a a il.....

NB: in caso sia presente un solo un genitore occorre compilare e allegare la prevista sezione per l'autocertificazione del genitore presente

SE IL PAZIENTE È PRIVO DI AUTONOMIA DECISIONALE:

Dati del Legale Rappresentante* [] Tutore* [] Di

Cognome e Nome, nato/a a il.....

* va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante/ tutore

SE IL PAZIENTE È INABILE ALLA FIRMA ED ESPRIME CONSENSO VERBALE:

Dati e Firma dei Testimoni

I sottoscritti:

Nome e Cognome del 1° testimone (stampatello) _____ Tipo e n° documento _____

Nome e Cognome del 2° testimone (stampatello) _____ Tipo e n° documento _____

Dichiarano che il sig.re ha espresso e dichiarato verbalmente di

ACCONSENTIRE NON ACCONSENIRE

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza all'atto sanitario proposto

Data: _____ Firma 1° testimone: _____

Firma 2° testimone: _____

**SEZIONE DA COMPILARE SE IL PAZIENTE ESPRIME LA VOLONTÀ DI NON ESSERE INFORMATO
ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscrittodichiaro di rifiutare ogni informazione relativa al mio stato di salute nonché all'atto sanitario proposto e di **NON DELEGARE**

DELEGARE il/la sig.re/ra..... per la ricezione delle informazioni.

Tutto ciò premesso, nella mia piena capacità di intendere e di volere, essendo pienamente consapevole:

- che un mio eventuale rifiuto non precluderebbe comunque il rapporto di fiducia medico-paziente,
- che non ho subito alcuna pressione di tipo psicologico per indirizzare la mia scelta,
- che sono a conoscenza di poter successivamente revocare il consenso accordato,
- che sono a conoscenza che le informazioni raccolte saranno rese anonime e che potranno essere oggetto di analisi statistica per fini di carattere scientifico.

dichiaro di (barrare la scelta): **ACCONSENTIRE NON ACCONSENIRE**

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza all'atto sanitario proposto.

Osservazioni eventuali:.....

Data

Firma leggibile (paziente)

Timbro e firma del medico che acquisisce il consenso:

MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

	<p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio Servizio di Immunoematologia e Medicina TrASFusionale</p>	<p>CONSENSO INFORMATO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI REV 01 del 09-01-2014</p>	<p>Pag. 4</p>
---	---	--	-------------------

SEZIONE AUTOCERTIFICAZIONE SE PRESENTE UN SOLO GENITORE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto/a
nato/a a il con residenza nel Comune
di via n
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

- di essere genitore del minorenni
nato a il

- di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli
minorenni di età, unite in allegato (norme del Codice Civile).

- che il mio stato civile è il seguente:
- coniugato/a; vedovo/a separato/a,
 - divorziato/a, in situazione di:
 - affidamento congiunto
 - genitore affidatario
 - genitore non affidatario

- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore **non** può firmare il
consenso perché assente per:

- lontananza
- impedimento

- che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – *Disposizioni in materia di
separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli*, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle
decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

- che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

- altro:

Letto, confermato e sottoscritto

- Luogo e data:
- Il/la dichiarante (firma per esteso eleggibile)
(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

- La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato:
 in presenza del dipendente addetto

(Timbro ASP) (firma del dipendente addetto)

presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n. 196)
I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti
informatici, esclusivamente a tale scopo dall' AS titolare del trattamento

MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	CONSENSO INFORMATO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI REV 01 del 09-01-2014	Pag. 5
---	--	---	-----------

**SEZIONE INFORMATIVA AI GENITORI PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO
 ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER I FIGLI MINORI DI ETÀ**

Secondo il codice civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, CC) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà.

Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 CC). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

CODICE CIVILE**• Art. 155 (Provvedimenti riguardo ai figli)**

Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole. La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la potestà separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al proprio reddito; omissis.

• Art. 316 (Esercizio della potestà dei genitori)

Il figlio è soggetto alla potestà dei genitori sino all'età maggiore o alla emancipazione (2, 390).

La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi (155, 317, 327, 343) i genitori.

In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei.

Se sussiste un incombente pericolo di grave pregiudizio per il figlio, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili (322).

Il giudice, sentiti i genitori ed il figlio, se maggiore degli anni quattordici, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio.

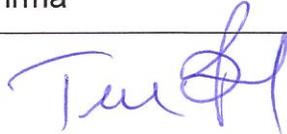
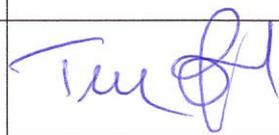
• Art. 317 (Impedimento di uno dei genitori)

Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro.

La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi.

L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA	CODICE	
			PQ TRASF. DOM 01	
Trasfusine Domiciliare a valenza Interaziendale			REV 01 Data 13/09/2023	Pagina 1 di 12

REDAZIONE	Funzione/Qualifica	Data	Firma
Dr.ssa Teresa barone	RUO	13/09/2023	
SERVIZIO PROPONENTE		Data	Firma
UOC Medicina Trasfusionale Dott.ssa Teresa Barone		07/04/2022	
VERIFICA CONFORMITA'	Funzione/Qualifica	Data	Firma
Dott. Curcio Alessandro	RGQ	13/09/2023	
APPROVAZIONE	Funzione/Qualifica	Data	Firma
Dr.ssa Teresa barone	RUO	13/09/2023	
REVISIONI			
Rev.	Data	Motivo	
00	07/04/2022	Prima emissione	
01	13/09/2023	Aggiornamento modalità operative per AD Trasfusionale	

Copia in distribuzione con prot. 305709/2023
 Del 13/09/2023

Entrata in vigore
 19/09/2023

Conseguite G. Rossi
 Red. con.




U.O.C. Programmazione e Gestione
Cure Primarie

27 MAR 2022
Prot. n. 5342

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829
*Dipartimento della programmazione e della
organizzazione delle attività territoriali e
dell'integrazione Socio-Sanitaria*

Data 27/05/2022

Prot. 6339/U

U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria

Via Pindemonte, 88 - 90100 – Palermo
Telefono 091/7033242 – FAX 091/7033238
E-MAIL
adidip@asppalermo.org
WEB
www.asopalermo.org

Al Direttore UOC Cure primarie
SEDE

OGGETTO: Chiarimenti sulla compilazione delle ricette e utilizzo codici ricetta dematerializzata per la Trasfusione a domicilio

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili, i tempi di attivazione per l'esecuzione della Trasfusione a Domicilio ed il rischio di prescrizioni inappropriate che potrebbero arrecare un danno erariale si reputa necessario chiarire le modalità con cui vanno compilate le richieste su ricettario regionale che gli operatori dell'ADI trasfusione devono esibire al Centro Trasfusionale di riferimento. Si precisa che per attivare l'ADI trasfusionale il valore di Hb deve essere uguale o minore di 7,5gr/dl

Le richieste da compilare e che devono riportare :

1. dati anagrafici del paziente
2. indirizzo dove verrà effettuata la trasfusione
3. eventuali esenzioni
4. tipo di emocomponente e numero di unità richieste.
5. diagnosi per esteso

Se la sacca di sangue da trasfondere è una (1)

1) Se gruppo sanguigno paziente non noto

Richiesta n°1	Cod. 90472 anticorpi Anti	Qta.1
	Cod.90644 fenotipo Rh	Qta 1
	Cod. 90653 gruppo sanguigno ABO/Rh (D)	Qta 1
	Cod. 90632 Fenotipo Kell	Qta 1
Richiesta n°2	Cod. 90493 Anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto)	Qta 1
	Cod. 90484 Caratterizzazione range termico	Qta 2
	Cod.90654 gruppo sanguigno ABO/Rh Cntrollo	Qta 1
	Cod.9073.2 prova di compatibilità pretrasfusionale	Qta 1

Richiesta n.3	Prelievo post-trasfusionale	
	Cod. 90622 Emocromo	Qta 1
	Cod.90745 Reticolociti	Qta 1
	Cod. 90223 Ferritina	Qta 1

2) Se gruppo sanguigno paziente già noto

Richiesta n°1	Cod. 90493 Anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto)	Qta 1
	Cod. 90484 Caratterizzazione range termico	Qta 2
	Cod.90654 gruppo sanguigno ABO/Rh Cntrollo	Qta 1
	Cod.9073.2 prova di compatibilità pretrasfusionale	Qta 1

Richiesta n.2	Prelievo post-trasfusionale	
	Cod.90622 Emocromo	Qta 1
	Cod.90745 Reticolociti	Qta 1
	Cod. 90223 Ferritina	Qta 1

Se la sacca di sangue da trasfondere sono due (2)

1)Se gruppo sanguigno paziente non noto

Richiesta n°1	Cod. 90472 anticorpi Anti	Qta.1
	Cod. 90644 fenotipo Rh	Qta 1
	Cod. 90653 gruppo sanguigno ABO/Rh (D)	Qta 1
	Cod. 90632 Fenotipo Kell	Qta 1

Richiesta n°2	Cod. 90493 Anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto)	Qta 1
	Cod. 90484 Caratterizzazione range termico	Qta 3
	Cod.90654 gruppo sanguigno ABO/Rh Cntrollo	Qta 1
	Cod.9073.2 prova di compatibilità pretrasfusionale	Qta 2

Richiesta n.3	Prelievo post-trasfusionale	
	Cod. 90622 Emocromo	Qta 1
	Cod.90745 Reticolociti	Qta 1
	Cod. 90223 Ferritina	Qta 1

2) Se gruppo sanguigno paziente già noto

Richiesta n°1	Cod. 90493 Anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto)	Qta 1
	Cod. 90484 Caratterizzazione range termico	Qta 3
	Cod.90654 gruppo sanguigno ABO/Rh Cntrollo	Qta 1
	Cod.9073.2 prova di compatibilità pretrasfusionale	Qta 2

Richiesta n.2	Prelievo post-trasfusionale	
	Cod. 90622 Emocromo	Qta 1
	Cod.90745 Reticolociti	Qta 1
	Cod. 90223 Ferritina	Qta 1

Nella prima ricetta nello spazio riservato al quesito diagnostico deve essere specificato quanto segue: " si richiedono una o due unità di emazie concentrate omogrupo omofenotipo in soggetto affetto da.....
(inserire patologia e valore di emoglobina)

In caso di trasfusione effettuata al domicilio per pazienti fragili, in ADI, non deve essere più inserito il codice 99071 Trasfusione di sangue o emocomponenti, che vale esclusivamente nel caso in cui il paziente effettui la trasfusione in ambiente ospedaliero in day service o ambulatoriamente quando il paziente si reca negli ambulatori ospedalieri o quando è il Medico di Medicina Generale che effettua la trasfusione al domicilio senza attivare un programma di ADI.

Si ricorda altresì che la procedura ADI nel caso in cui il valore di emoglobina è < 6 gr/dl ed il paziente non è emodinamicamente stabile o presenta altre gravi comorbidià, la trasfusione domiciliare non dovrà essere attivata ma il paziente dovrà essere indirizzato presso il più vicino P.S. al fine di ricevere la idonea ed appropriata valutazione clinico -diagnostica oltre che ricevere il supporto trasfusionale in ambiente protetto.

Il Responsabile ff
Coordinamento Unità Valutative
(Dott.ssa Laura Calgara)

Il Direttore ff U.O.C.
Integrazione Socio Sanitaria
(Dott. Giovanni Veneziano)

Il Direttore del Dipartimento
Interaziendale di Diagnostica di Laboratorio
(Dott.ssa Tereza Barone)