

 San Giuseppe Moscati Azienda Ospedaliera di Rilevo Nazionale e di Alta Specialità SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	MODULO RICHIESTA EMAZIE TRASFUSIONE DOMICILIARE	SIMT -Avellino Mod. R – 04 Rev 2 del 01/03/2021 N. pagine 2
		Direttore Dott. Silvestro Volpe

ETICHETTA DEL SIMT	Data _____	
	Nominativo _____	
	Nato il _____	Sesso _____
	Codice Fiscale _____	

Gruppo ABO		Hb (gr/dl)		Trasfusione pregresse	SI ☐
Fattore Rh		Hct (%)		Reazioni trasfusionali	☐
		Peso (Kg)		Gravidanze/aborti pregresse	☐

Lavorazioni	DIAGNOSI	
☐ Filtrate		
☐ Lavate		
☐ Irradiate		

MOTIVO DELLA RICHIESTA	

N. Unità richieste	Grado di urgenza	Data prevista infusione

Si dichiara l'avvenuta identificazione univoca del paziente e la verifica di corrispondenza paziente / richiesta / prelievi di sangue

Responsabile del prelievo	Firma

Io sottoscritto dott. _____ **dichiaro di assumermi ogni responsabilità relativa all' indicazione alla trasfusione, nonché all'infusione della stessa, e alla restituzione dell'apparato utilizzato, per il suo smaltimento presso il SIMT. Dichiaro inoltre di aver informato il paziente dei rischi connessi alla terapia trasfusionale e di averne ottenuto il consenso dopo essermi accertato che abbia ben compreso.**

Firma

SPAZIO RISERVATO AL SIMT				
Controllo gruppo paziente	Esito T&S	Esito PC	Data	Firma

Unità assegnate	
-----------------	--

Non conformità riscontrata _____

Risoluzione della non conformità _____

Firma _____

 San Giuseppe Moscati Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE Direttore Dott. Silvestro Volpe	MODULO RICHIESTA EMAZIE TRASFUSIONE DOMICILIARE	SIMT -Avellino Mod. R – 04 Rev 2 del 01/03/2021 N. pagine 2
--	---	--

NOTE INFORMATIVE PER LA TRASFUSIONE DOMICILIARE

Gentile Collega,

per effettuare una trasfusione domiciliare di emazie è necessario fornire al nostro SIMT
(Orario: dalle ore 8:00 alle ore 11:00)

- **Modulo di Richiesta Emazie (Mod R-04)**
- **Referto dell'emocromo effettuato**
- **Impegnative**

Per paziente non Noto al nostro SIMT (prima valutazione)

1. Impegnativa: Gruppo sanguigno AB0 e Rh (D) (cod.90.65.3); Fenotipo Rh (cod.90.64.4); Fattore Kell (cod.90.63.2); secondo controllo di gruppo sanguigno ABO e Rh (D) (cod.90.65.4); Coombs diretto e indiretto (cod. 90.58.2 e 90.49.3); Prova di compatibilità (cod. 90.73.2).
2. Impegnativa: HBsAg (cod.91.18.5); anti HCV (cod. 91.19.5); anti HIV 1-2 (cod.91.22.4).
3. N.1 provetta da emocromo; N.1 provetta da siero;
4. N.1 provetta da emocromo (da consegnare al momento del ritiro della sacca di emazie)

Per paziente Noto al nostro SIMT (dalla seconda volta in poi)

1. Impegnativa: Secondo controllo di gruppo sanguigno ABO e Rh (D) (cod.90.65.4); Coombs diretto e indiretto (cod. 90.58.2 e 90.49.3); Prova di compatibilità (cod. 90.73.2).
2. Impegnativa: HBsAg (cod.91.18.5); anti HIV 1-2 (cod.91.22.4).
3. N.1 provetta da emocromo; N.1 provetta da siero (se trascorsi più di 6 mesi dall'ultima trasfusione)
4. N.1 provetta da emocromo (da consegnare al momento del ritiro della sacca di emazie)

N.B. Per ogni unità di emazie occorrente va compilata una impegnativa come al punto 1
Gli esami del punto 2 per il paziente Noto vanno ripetuti ogni 6 mesi.
Si raccomanda di indicare nell'impegnativa l'eventuale codice di esenzione

Note:

- ✗ le provette consegnate devono riportare i dati anagrafici del paziente, la data e la firma di chi effettua il prelievo.
- ✗ l'emocomponente ritirato deve essere trasportato in contenitore termico (borsa frigo) opportunamente refrigerato e trasfuso nel più breve tempo possibile.
- ✗ Le sacche contenenti emocomponenti vanno restituite al SIMT al fine di essere smaltite nei rifiuti speciali.
- ✗ Il modulo di avvenuta trasfusione deve essere debitamente compilato e obbligatoriamente restituito, a questo SIMT.

Si ringrazia per la collaborazione

Il Direttore
Dott. Silvestro Volpe