

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3	RICHIESTA TRASFUSIONALE SIMT-POS13-MOD RichTrasf Rev.:8.0 Data:05/12/22	SPAZIO ETICHETTA BARCODE Sicurezza trasfusionale	Etichetta Determinazione Gruppo	Etichetta N. Richiesta
	Ospedale _____ Reparto _____ Telefono _____			

Dati anagrafici (tutti i campi **DEVONO** essere compilati in stampatello. Le richieste non conformi non saranno accettate)

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nato il _____
Peso:..... Kg	

Diagnosi:

Notizie anamnestiche

Trasfusioni precedenti	NO	SI	(Data:.....)	Gravidanze	NO	SI
Reazioni trasfusionali pregresse	NO	SI		Figli con MEN	NO	SI
Immunizzazioni conosciute	NO	SI				

Grado di urgenza della trasfusione:

Urgentissima Senza prove di compatibilità (Avvisare telefonicamente il SIMT)
 Urgente Nel più breve tempo possibile
 Non urgente Per le ore _____ del giorno

Emocomponente richiesto

<input type="checkbox"/> EMAZIE CONCENTRATE	<input type="checkbox"/> Hgbg/dl	<input type="checkbox"/> N. Unità	<input type="checkbox"/> Volumeml
<input type="checkbox"/> PLASMA	<input type="checkbox"/> INR.....	<input type="checkbox"/> N. Unità	<input type="checkbox"/> Volumeml
<input type="checkbox"/> PIASTRINE	<input type="checkbox"/> Plt/mmc	<input type="checkbox"/> N. Unità	<input type="checkbox"/> Volumeml
<input type="checkbox"/> Altro	Specificare:.....		

Indicazione alla trasfusione

Concentrato eritrocitario <input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/> emorragia in atto <input type="checkbox"/> anemia acuta <input type="checkbox"/> anemia cronica	Unità di Plasma <input type="checkbox"/> INR>1.5 <input type="checkbox"/> CID Coagulazione Intravascolare Disseminata <input type="checkbox"/> Malattie Epatiche con coagulopatia complessa <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico in pz in terapia anticoagulante <input type="checkbox"/> Porpora trombotica trombocitopenica <input type="checkbox"/> Deficit di singolo fattore della coagulazione per i quali non è disponibile concentrato	Concentrato piastrinico <input type="checkbox"/> Plt < 10.000/mmc <input type="checkbox"/> Plt < 30.000/mmc in pz con: <input type="checkbox"/> febbre <input type="checkbox"/> infezioni <input type="checkbox"/> emorragia in atto <input type="checkbox"/> Plt > 50.000/mmc in pz con: <input type="checkbox"/> emorragia maggiore <input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/> terapia antiaggregante
--	---	---

Timbro e firma leggibile medico richiedente _____	Data e ora del prelievo: Firma leggibile di chi ha eseguito il prelievo: _____
---	--

Al ritiro inviare una provetta tappo viola da 3 ml

Richiesta pervenuta al SIMT il giorno.....alle ore.....

Richiesta conforme SI NO

Timbro e firma del personale tecnico del SIMT

Richiesta appropriata SI NO

Firma del medico di guardia del SIMT

Etichetta prenotazione/assegnazione	Etichetta prenotazione/assegnazione	Etichetta prenotazione/assegnazione	Etichetta prenotazione/assegnazione
--	--	--	--

Note: