



RICHIESTA ESAMI

ALL02 PGSGQ110
Data: 14 maggio 2024
Rev. 2
Pagina 1 di 1

SI RICHIEDONO GLI ESAMI SOTTOINDICATI PER IL/LA PAZIENTE:

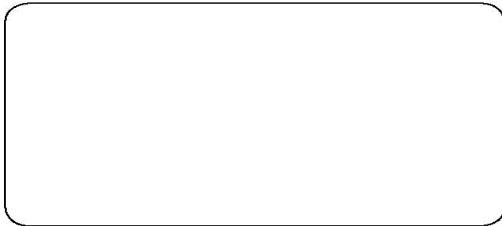
COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA ____ / ____ / ____ LUOGO di NASCITA _____

SESSO M F CODICE FISCALE _____

REPARTO _____ CENTRO DI COSTO _____ TEL _____

DIAGNOSI / INTERVENTO CHIRURGICO _____



GRUPPO SANGUIGNO

- 01. Gruppo AB0 e Rh (D) (Cod. Reg. 90.65.3)
- 02. Fenotipo Rh (Cod. Reg. 90.64.4)
- 03. Eritrociti Antigeni NON AB0 e NON RH (per ciascun antigene) (Cod. Reg. 90.63.2)

ANTICORPI ANTIERITROCITARI

- 04. Anticorpi Anti eritrociti con mezzo potenziante (Cod. Reg. 90.48.5)
- 05. Test di Coombs Indiretto (Cod. Reg. 90.49.3)
- 06. Identificazione Anticorpi Anti-eritrocitari (Cod. Reg. 90.49.2)
- 07. Titolazioni Anticorpi Irregolari (Cod. Reg. 90.49.1)
- 08. Anticorpi Anti eritrociti (caratterizzazione range Termico) Cod. Reg. 90.48.4

TEST DI COOMBS DIRETTO

- 09. Auto Anticorpi anti eritrociti (Cod. Reg. 90.58.2)
- 10. Auto Anticorpi con Antisieri Monospecifici, ciascuno (Cod. Reg. 90.49.8)
- 11. Determinazione Sottoclassi di IgG (Cod. Reg. 90.68.4)
- 12. Test di Eluizione / Adsorbimento Anticorpi anti eritrocitari (Cod. Reg. 90.49.9)

DEPISTAGE MATERNO FETALE

- 13. Gruppo AB0 su Sangue Materno (Cod. Reg. 90.65.3)
- 14. Test di Coombs Indiretto su Siero Materno (Cod. Reg. 90.49.3)
- 15. Gruppo AB0 e Rh su Sangue Funicolare (Cod. Reg. 90.65.4)
- 16. Test di Coombs diretto su Sangue Funicolare (Cod. Reg. 90.58.2)

1° determinazione Gruppo Materno (se nota) _____ effettuata il _____ da _____

Immunoprofilassi eseguita in data _____

PRELIEVO SANGUE FUNICOLARE eseguito da _____ data _____ ora _____

PRELIEVO CAMPIONE MATERNO eseguito da _____ data _____ ora _____

TYPE AND SCREEN

- 17. Gruppo AB0 e Rh (Cod. Reg. 90.65.3)
- 18. Test di Coombs Indiretto (Cod. Reg. 90.49.3)

Trasfusioni nei 3 mesi precedenti SI NO

Pregresse reazioni trasfusionali SI NO

Gravidanze SI NO data ultima _____

Paziente trapiantato/ in attesa di trapianto SI NO

Trapianto Midollo Osseo SI NO

Notizie Cliniche: _____

Cognome e Nome del prelevatore: _____ Firma: _____

Data prelievo : _____ Ora: _____