

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Sesso (M) (F) Gruppo / Rh \_\_\_\_\_ peso Kg \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ tel. Reparto \_\_\_\_\_

Trasfusioni pregresse  non noto  NO  SI data ultima \_\_\_\_\_

Reazioni trasfusionali pregresse  non noto  NO  SI data ultima \_\_\_\_\_

Gravidanze e/o aborti  non noto  NO  SI data ultima \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** .....

**GLOBULI ROSSI Filtrati pre-storage** (compilare e barrare l'indicazione alla trasfusione)

Tipo di richiesta  **URGENTE**  **NON URGENTE**

Hb \_\_\_\_\_ g/dl Ematocrito \_\_\_\_\_ Prelievo del \_\_\_\_\_ N. unità richieste \_\_\_\_\_

Anemia cronica con Hb <7 g/dl

Sanguinamento in atto

Hb <8 g/dl in paz. con cardiopatia e/o pneumopatia emodinamicamente stabile.

Intervento di chir. Maggiore o manovre invasive a disposizione per il \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Protocollo concordato in emopatia

Trasfusione prevista il \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

**PIASTRINE** (compilare e barrare l'indicazione alla trasfusione)

Plt \_\_\_\_\_ 10<sup>6</sup>/ul determinata il \_\_\_\_\_  **N. 1 Unità terapeutica** \_\_\_\_\_

Profilassi dell'emorragia (PLT <10x10<sup>6</sup>/ul)

Intervento di chir. Maggiore o manovre invasive (PLT <50x10<sup>6</sup>/ul)

Terapia dell'emorragia nel pz con PLT <20x10<sup>6</sup>/ul

Sanguinamento in atto in piastrinopatia

Interventi di chir. Maggiore o manovre invasive (PLT < 50x10<sup>6</sup>/ul (oculistica, neurochirurgia in pz. con PLT <100x10<sup>6</sup>/ul)

Trasfusione prevista il \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

**Lavorazioni emocomponenti:**  Irradiati  Lavati Motivo \_\_\_\_\_

**PLASMA FRESCO CONGELATO** (compilare e barrare l'indicazione alla trasfusione)

PT INR \_\_\_\_\_ Aptt Ratio \_\_\_\_\_ det. il \_\_\_\_\_ Volume richiesto \_\_\_\_\_ ml (dose standard 10-20 ml/Kg)

Correzione di deficit fattoriali congeniti della coagulazione (quando NON è disponibile concentrato specifico) o deficit fattoriali multipli con PT INR >1,5 e APTT ratio >1,5 in caso di:

Sanguinamento in atto o prevenzione del sanguinamento in caso di chirurgia o procedure invasive in pz. con malattia epatica o con deficit di singoli fattori della coagulazione in assenza di concentrati specifici

Pz. con CID acuta e sanguinamento in atto in associazione con la correzione della causa scatenante

Trattamento aferetico delle microangiopatie trombotiche

Trasfusione prevista per il \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

**Richiesta in MASSIMA URGENZA** (compilare e barrare l'indicazione alla trasfusione)

Sanguinamento in atto con perdita >30% del volume ematico

Sanguinamento in atto, emodinamicamente instabile

**N. Unità Globuli Rossi filtrati pre-storage richieste** \_\_\_\_\_ (massimo 4 unità)

Campione di sangue del paziente inviato **SI** **NO**

**Il sottoscritto dichiara che la gravità delle condizioni cliniche del paziente sono tali da non consentire di attendere il completamento dei test pretrasfusionali (ca. 60' dall'arrivo della richiesta al SIMT)**

*Si attesta di avere verificato la corrispondenza **paziente/prelievo/richiesta**, di aver ottenuto/documentato il consenso informato del paziente. Per gli interventi di chirurgia elettiva, il medico dichiara di avere verificato l'impossibilità di praticare il protocollo Patient Blood Management. Il prelevatore dichiara che il prelievo per la determinazione di Gruppo ABO/RH è stato eseguito in un momento differente dal prelievo per campione che accompagna la richiesta emocomponenti*

Data richiesta.....Ora ..... Il Medico richiedente ..... Timbro e firma.....

Data Prelievo ..... Ora.....Il Prelevatore.....Firma .....