

	<b>RICHIESTA EMOCOMPONENTI Autologhi AD USO NON TRASFUSIONALE</b>	Cod: <b>ALL03PGSGQ97</b> Rev: 3 Data: 18 Marzo 2024 Pagina 1 di 1
---	---	--

**ETICHETTA  
RICHIESTA**
**ETICHETTA  
EMOCOMPONENTE**

**PARTE A RICHIESTA DELLO SPECIALISTA PER LA PREPARAZIONE Eunt AUTOLOGO**

**PAZIENTE**  
 COGNOME.....NOME.....  
 Nato il.....a.....Sesso.....  
 PROVENIENZA: .....  
 Ambulatorio SSN.....  
 Ricovero in .....  
 Dh.....  
 Esterno (no SSN)

**DIAGNOSI**.....  
 INFILTRAZIONE  
 APPLICAZIONE TOPICA AMBULATORIALE  
 APPLICAZIONE INTRAOPERATORIA

**RICHIESTA**  
 CONCENTRATO PIASTRINICO AUTOLOGO (PRP) N° DOSI TERAPEUTICHE.....per il .....  
 GEL PIASTRINICO AUTOLOGO N° DOSI TERAPEUTICHE.....per il .....  
 SIEROCOLLIRIO AUTOLOGO N° DOSI TERAPEUTICHE.....per il .....  
 COLLIRIO DI PRP AUTOLOGO N° DOSI TERAPEUTICHE.....per il .....

Data richiesta.....  
 Cognome /nome Medico richiedente.....TIMBRO e FIRMA.....

**PARTE B DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO TRASFUSIONISTA**

**ANAMNESI DEL PAZIENTE**  
 INFEZIONE IN ATTO: .....  
 PATOLOGIA PIASTRINICA: ..... SI NO NON NOTA  
 EPATOPATIA: ..... SI NO NON NOTA  
 PATOLOGIA IMUNE: .....SI NO NON NOTA  
 TERAPIA FARMACOLOGICA CON FANS (<48 ORE DALLA SOSPENSIONE).....SI NO  
 TERAPIA TOPICA STEROIDEA NEI 30 GG PRECEDENTI.....SI NO  
 TERAPIA SISTEMICA STEROIDEA NELLE 2 SETTIMANE PRECEDENTI.....SI NO

TERAPIA IN ATTO: .....

Esami di idoneità eseguiti in data:.....  
 Hb...../ Hct...../ Plts..... HBsAg...../ HCV...../ HIV-1/2.....  
 Gruppo sanguigno ABO- Rh .....

**IDONEITA' AL PRELIEVO AUTOLOGO:**  SI  NO  
**Volume prelievo ml** .....

Data accettazione .....Medico.....TIMBRO E FIRMA .....

Prelevatore.....Firma.....