ASP AGRIGENTO	***Modulo***	**M 01 TRX** Ed 2 Rev. 0 del 15/11/2016 — Pagina 1 di 1

Richiesta di Trasfusione — COPIA PER IL REPARTO

U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. San Giovanni di Dio Agrigento ASP 1 AGRIGENTO
Direttore Dott. Pasquale Gallerano

☐ **RICHIESTA DI TYPE AND SCREEN** ☐ **RICHIESTA EMOCOMPONENTI**

N. ID BRACCIALETTO (o etichetta SecurBlood)

REPARTO:

OSPEDALE:

DATA

COGNOME

SESSO M F

DATA DI NASCITA

NOME

GRUPPO SANGUIGNO

DIAGNOSI

INDICAZIONI ALLA TRASFUSIONE

PER INTERVENTO ___ SI TIPO INTERVENTO……

PARAMETRI DA CORREGGERE

Hb	Ht	Piastrine	PT	PTT	

TRASFUSIONI PREGRESSE ? NO SI

PARTI PREGRESSI? NO SI ULTIMO? ----------

ABORTI PREGRESSI? NO SI

PREGRESSE REAZIONI TRASFUSIONALI? NO SI QUALI?

PREGRESSE MEN? NO SI

SONO STATE SOMMINISTRATE DI RECENTE Ig anti D? NO SI QUANDO?

SI RICHIEDE

☐ ERITROCITI LAVATI N UNITA'……

☐ ERITROCITI CONCENTRATI U. …… N UNITA' ……
(unità – ml 200± 10%)

☐ PLASMA FRESCO CONGELATO N. UNITA'. ……
(1 unità – ml 200 ± 10%)
(indinspensabili parametri emocoagulativi e/o indicazione clinica)

☐ DAL PREDEPOSITO PER AUTOTRASFUSIONE U.

☐ CONCENTRATO PIASTRINICO U. ……
(indispensabile n. piastrine e/o indicazione clinica)

☐ GEL PIASTRINICO……

☐ ALTRO (da concordare con il medico trasfusionista)……

☐ URGENTISSIMO (necessità immediata di sangue)

☐ URGENTE (solo per casi clinicamente urgenti: Le unità verranno consegnate entro un tempo massimo di 1 ora dall'arrivo della richiesta presso il SIMT)

MOTIVO DELL'URGENZA ……

☐ NON URGENTE

DATA E ORA PREVISTA DELLA TRASFUSIONE……

Il paziente è stato/a informato/a sui vantaggi e rischi della terapia trasfusionale, ha interamente compreso le informazioni ed acconsente alla trasfusione (ha firmato il odulo Consenso M 02 TRX previsto dal Decreto Legislativo 02.11.2015)
Oppure:
Il/la paziente non è in grado di fornire il consenso alla trasfusione (art. D.M. 15 gennaio 1991)

Data……ora……

Firma leggibile operatore che ha effettuato il prelievo……

Data……ora……

Firma leggibile del medico richiedente o sigla e timbro……

AVVERTENZE:
- accompagnare ad ogni richiesta due provette in EDTA. Le provette di sangue DEVONO RIPORTARE IN MODO LEGGIBILE nome e cognome del paziente, data di nascita, reparto, data, ora e firma dell'operatore che ha eseguito il prelievo. SULLE DUE PROVETTE DEVE ESSERE POSTA L'ETICHETTA RELATIVA AL SISTEMA DI EMOVIGILANZA SECURBLOOD.
IN CASO DI TRASFUSIONE SENZA DISPOSITIVI DI BARRIERA ELETTRONICO E' OBBLIGATORIO INSERIRE NELLA RICHIESTA IL CODICE DEL BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO.
- le richieste di sangue non urgenti che pervengono al S.I.T. entro le ore 10,00 vengono evase alle ore 13,00, quelle che pervengono tra le ore 10 e le ore 13,00 vengono evase alle ore 17,00 dello stesso giorno- le richieste non urgenti che pervengono al S.I.T. dopo le ore 13,00 verranno evase per le ore13,00 del giorno lavorativo seguente.
Si accettano fuori orario solo le richieste di sangue con comprovata urgenza clinica.
Se si sospetta reazione emolitica, immediatamente sospendere la trasfusione ed avvertire telefonicamente Restituire immediatamente al S.I.T. il sangue non trasfuso.
NON E' AUTORIZZATA LA CONSERVAZIONE DI UNITA' NON TRASFUSE AL DI FUORI DEL CENTRO TRASFUSIONALE O IN **FRIGOEMOTECHE NON** QUALIFICATE ED AUTORIZZATE DALLO STESSO CENTRO TRASFUSIONALE
Gli eritrociti concentrati richiesti e non utilizzati rimangono a disposizione presso il S.I.T. fino e non oltre le 72 ore dopo la preparazione