

	Modulo	M 03 TRX	
		Ed 2 Rev. 0 del 15/11/2016	Pagina 1 di 1
MODULO H - REGISTRAZIONE CONTROLLI PRETRASFUSIONALI			
U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. San Giovanni di Dio Agrigento ASP 1 AGRIGENTO Direttore Dott. Pasquale Gallerano			

MODULO H

Reparto _____ Ospedale _____

COGNOME	NOME		
NATO IL	M ☐	F ☐	
CF	Gruppo		
DATI UNITA' EMOCOMONENTE ASSEGNATO			
CDM		Data	Ora

Controllo della compatibilità immunologica teorica confrontando i dati presenti su ogni singola unità con quelli della richiesta, referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente .	Check 1° Op.	Check 2° Op
	conforme	conforme
	SI NO	SI NO

A LETTO DEL PAZIENTE Ispezione unità di emocomponenti per la presenza di anomalie Identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome, nome e data di nascita Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli Riportati su ogni singola unità da trasfondere	Check 1° Op.	Check 2° Op
	conforme	conforme
	SI NO	SI NO
	SI NO	SI NO
	SI NO	SI NO

	Cognome	Nome	Firma
Check 1° Op MEDICO			
Check 2° Op OP. SANITARIO			