



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 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
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	Check 1° Op.	Check 2° Op
Ispezione unità di emocomponenti per la presenza di anomalie	conforme	conforme
Identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome, nome e data di nascita	SI NO	SI NO
Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto	SI NO	SI NO
Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere	SI NO	SI NO

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