

ETICHETTA	<b>RICHIESTA EMOCOMPONENTI USO TOPICO</b>	Cod: <b>ALL M</b> Data: 13/12/2016 <b>Rev. 0</b> Pagina 1 di 1
-----------	---	---

**PARTE A    DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA RICHIEDENTE**

<b>PAZIENTE</b> COGNOME.....NOME.....  Nato il.....a.....Sesso.....
--

<b>DIAGNOSI</b> .....  <input type="checkbox"/> INFILTRAZIONE <input type="checkbox"/> APPLICAZIONE TOPICA AMBULATORIALE <input type="checkbox"/> APPLICAZIONE INTRAOPERATORIA
--

<b>RICHIESTA</b> <input type="checkbox"/> CONCENTRATO PIASTRINICO AUTOLOGO (PRP) <input type="checkbox"/> GEL PIASTRINICO AUTOLOGO <input type="checkbox"/> SIEROCOLLIRIO AUTOLOGO <input type="checkbox"/> COLLIRIO DI PRP AUTOLOGO  N° DOSI TERAPEUTICHE.....per il.....ora.....
--

Data richiesta.....

Cognome/Nome Medico richiedente .....TIMBRO e FIRMA.....

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

<b>ANAMNESI DEL PAZIENTE</b>  PATOLOGIA PIASTRINICA : ..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTA EPATOPATIA : ..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTA PATOLOGIA AUTOIMMUNE: ..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTA  TERAPIA FARMACOLOGICA CON FANS (< 48 ORE DALLA SOSPENSIONE)..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TERAPIA TOPICA STEROIDEA NEI 30 GG PRECEDENTI ..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TERAPIA SISTEMICA STEROIDEA NELLE 2 SETTIMANE PRECEDENTI..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  MOTIVO TERAPIA FARMACOLOGICA:.....
--

<b>Gruppo sanguigno ABO-Rh-Kell:</b> .....  <b>Esami di Idoneità eseguiti in data:</b> .....  <b>Hb...../ Hct...../ Plts...../ HBsAg...../ HCV...../ HIV-1/2.....</b>  <b>IDONEITA' AL PRELIEVO AUTOLOGO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</b> <b>ENTITA' DEL PRELIEVO : .....ML</b>
--

Data richiesta.....

Il Medico Trasmfusionista .....TIMBRO e FIRMA.....