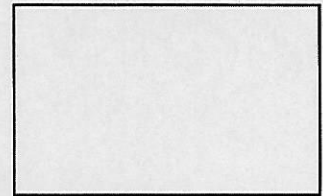


AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2 ALBA - BRA

PRESIDIO OSPEDALIERO S.LAZZARO - ALBA

S.O.C. SERVIZIO ANTENNA TRASFUSIONALE

MODULO DI RICHIESTA DI PLASMA FRESCO O PIASTRINE

Reparto / Ente (Cod.)

DATI PAZIENTE

COGNOME	NOME
Nato il/...../.....	Sesso Cod. paziente

ANAMNESI TRASFUSIONALE

GRUPPO SANGUIGNO: ABO	Rh	Fenotipo
Determinato da N. Determ.		
TRASFUSIONI PREGRESSE	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON NOTE <input type="checkbox"/>	Data dell'ultima/...../.....
REAZ. TRASF. PREGRESSE	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON NOTE <input type="checkbox"/>	Data dell'ultima/...../.....
GRAVIDANZE PREGRESSE	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
DIAGNOSI		
Peso Kg.	Altezza cm.	Conta piastrine (x mm ³) PT PTT
Eseguito il/...../.....		
* Motivo della richiesta di piastrine (per pazienti con conteggio > 10000 mm ³)		
<input type="checkbox"/> Emorragia in atto <input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Piastrinopenia <input type="checkbox"/> Rapido calo del conteggio piastrinico <input type="checkbox"/> Intervento: <input type="checkbox"/> Elezione <input type="checkbox"/> Urgenza Tipo Cod. Data/...../..... <input type="checkbox"/> Altro (Specificare)		
* Motivo della richiesta di plasma fresco		
<input type="checkbox"/> Emorragia in atto <input type="checkbox"/> Porpora trombotica trombocitopenica <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/> Antagonista della warfarina <input type="checkbox"/> Deficit isolato del fattore di cui non é disponibile concentrato specifico <input type="checkbox"/> Altro (Specificare)		

RICHIESTA (Un modulo di richiesta per ogni evento trasfusionale)

<input type="checkbox"/> Plasma fresco n.	<input type="checkbox"/> Plasma da aferesi 500 ml n.	<input type="checkbox"/> Plasma uso pediatrico
<input type="checkbox"/> Piastrine standard n.	<input type="checkbox"/> Piastrine da aferesi n.	
<input type="checkbox"/> Emocomponenti di 2° livello tipo (vedi retro)		
motivo		
Richiesta per il giorno ora/...../..... Data richiesta ora/...../.....		

Per paziente non noto all'antenna trasfusionale: invio due provette contenenti sangue intero e citratato del suddetto paziente (prelevato da non più di due ore), dopo aver controllato che la provetta sia stata accuratamente contrassegnata con le apposite etichette. Attesto di aver verificato la corrispondenza paziente/prelievo.

MEDICO RICHIEDENTE FIRMA

Spazio riservato al servizio trasfusionale

Richiesta N.	Pervenuta il/...../.....	ore
Ricevuta da	Firma	

VEDI NOTE SUL RETRO