

REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di RAGUSA - ST. CIVILE-MPA
SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA e MEDICINA TRASFUSIONALE
Direttore : Dr.G.Garozzo
97100 RAGUSA PIAZZA IGEA N.1
Tel. 0932 -234002/003 Fax -

MD13b Distinta per consegna

Al reparto **RG PRONTO SOCCORSO**
ASP 7 RG "CIVILE M.P.AREZZO" RAGUSA

Paziente **[REDACTED]**
CAI **25487** Data di nascita **[REDACTED]** Sesso **Maschio**
Tipizzazione **0 POS**
Ricerche anticorpali: data prova **21-04-2021 01:43** esito **NEG**

Richiesta n. **127673** del **21-04-2021 01:07** Stato **Chiusa** Codice ricovero _____ Letto _____
CDM Emc Bag Uso ABO Rh Data scadenza Trasmusa Restituita

I 2105 21.104059 GRC FILTRATI 02 Omologo 0 POS 19-05-2021 16:15 il _____ dalle _____ alle _____ il _____
Compatibile (Prova n. 222108) Operatore Validazione: **VINCENZO LICITRA**

I 2105 21.104536 GRC FILTRATI 02 Omologo 0 POS 30-05-2021 11:00 il _____ dalle _____ alle _____ il _____
Compatibile (Prova n. 222109) Operatore Validazione: **VINCENZO LICITRA**

Unità richieste **2** Unità da consegnare **0**

Data consegna **21-04-2021 01:46** Operatore consegna: **licitra**
Operatore ritiro: **IOZZIA** Firma _____

COMUNICAZIONI AL SERVIZIO TRASFUSIONALE SULL'UTILIZZO DELLE SACCHE

Si attesta che le unità trasfuse sono state clinicamente ben tollerate: SI NO
Si attesta che le unità restituite hanno la chiusura intatta e sono state conservate secondo le indicazioni presenti sull'etichetta delle unità: SI NO

Data _____ Firma Medico responsabile _____