

**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 -

**MD13h 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	AB0	Rh	Data scadenza
-----	-----	---------	-----	----	---------------

I 2105 **21.104059** GRC FILTRATI **02** Omologo **0** POS **19-05-2021 16:15**

Compatibile (Prova n. 222108)

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

Data consegna **21-04-2021 01:46**

Operatore consegna: **licitra**

Operatore ritiro: **IOZZIA**

Firma \_\_\_\_\_

<b>REGISTRAZIONE CONTROLLI PRE-TRASFUSIONALI</b> (DA COMPILARE AL LETTO DEL MALATO PRIMA DI EFFETTUARE LA TRASFUSIONE)	<b>1° OPERATORE</b> (Medico)	<b>2° OPERATORE</b> (Medico o Infermiere)
Ho identificato il paziente chiedendogli cognome, nome e data di nascita? Se NO, precisare motivo: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ho verificato con un altro operatore L'IDENTITA' E LA DATA DI NASCITA DEL PAZIENTE e li ho confrontati con i dati riportati sulla sacca, sulla richiesta, sulla modulistica di accompagnamento, sul referto di gruppo sanguigno presente in cartella clinica e sul braccialetto del paziente.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ho controllato l'integrità della sacca, l'assenza di anomalie e che l'unità non sia scaduta.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CONTROLLO DELLA COMPATIBILITA' IMMUNOLOGICA TEORICA:</b> Ho verificato IL GRUPPO SANGUIGNO DEL PAZIENTE E DELL'UNITA' DA TRASFONDERE e li ho confrontati con quelli sulla richiesta, sul referto di gruppo sanguigno presente in cartella clinica, sulla modulistica di accompagnamento e sulle attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Data e ora _____	_____	_____
<b>FIRMA LEGGIBILE E CODICE O TIMBRO DELL'OPERATORE</b>	_____	_____

**COMUNICAZIONE AL SERVIZIO TRASFUSIONALE SU UTILIZZO UNITA' (da inviare entro 24 ore al Servizio Trasfusionale)**

Data Trasfusione \_\_\_\_\_ ora inizio \_\_\_\_\_ ora fine \_\_\_\_\_

L'unità trasfusa è stata clinicamente ben tollerata e non si sono verificate reazioni avverse  SI  NO

IN CASO DI REAZIONI AVVERSE. Ho compilato ed inviato il modulo 'SEGNALAZIONE DI REAZIONE TRASFUSIONALE'.  SI  NO

IN CASO DI RESTITUZIONE DEGLI EMOCOMPONENTI, la trasfusione non è stata effettuata per il seguente motivo:

Unità restituita il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Attesto che le unità restituite hanno la chiusura intatta, sono state conservate secondo le modalità e alle temperature previste

dalla normativa vigente ed ho disposto che vengano trasportate al SIMT in idoneo contenitore.  SI  NO

In caso di risposta NO : specificare \_\_\_\_\_

Data e ora \_\_\_\_\_

**FIRMA LEGGIBILE E CODICE O TIMBRO DEL MEDICO**

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

**COMPILARE ACCURATAMENTE IL MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI**