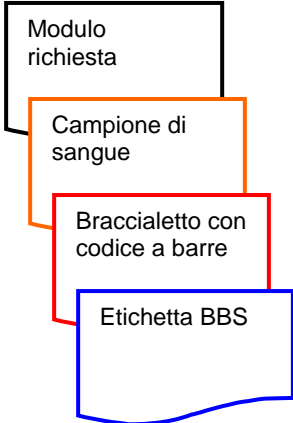
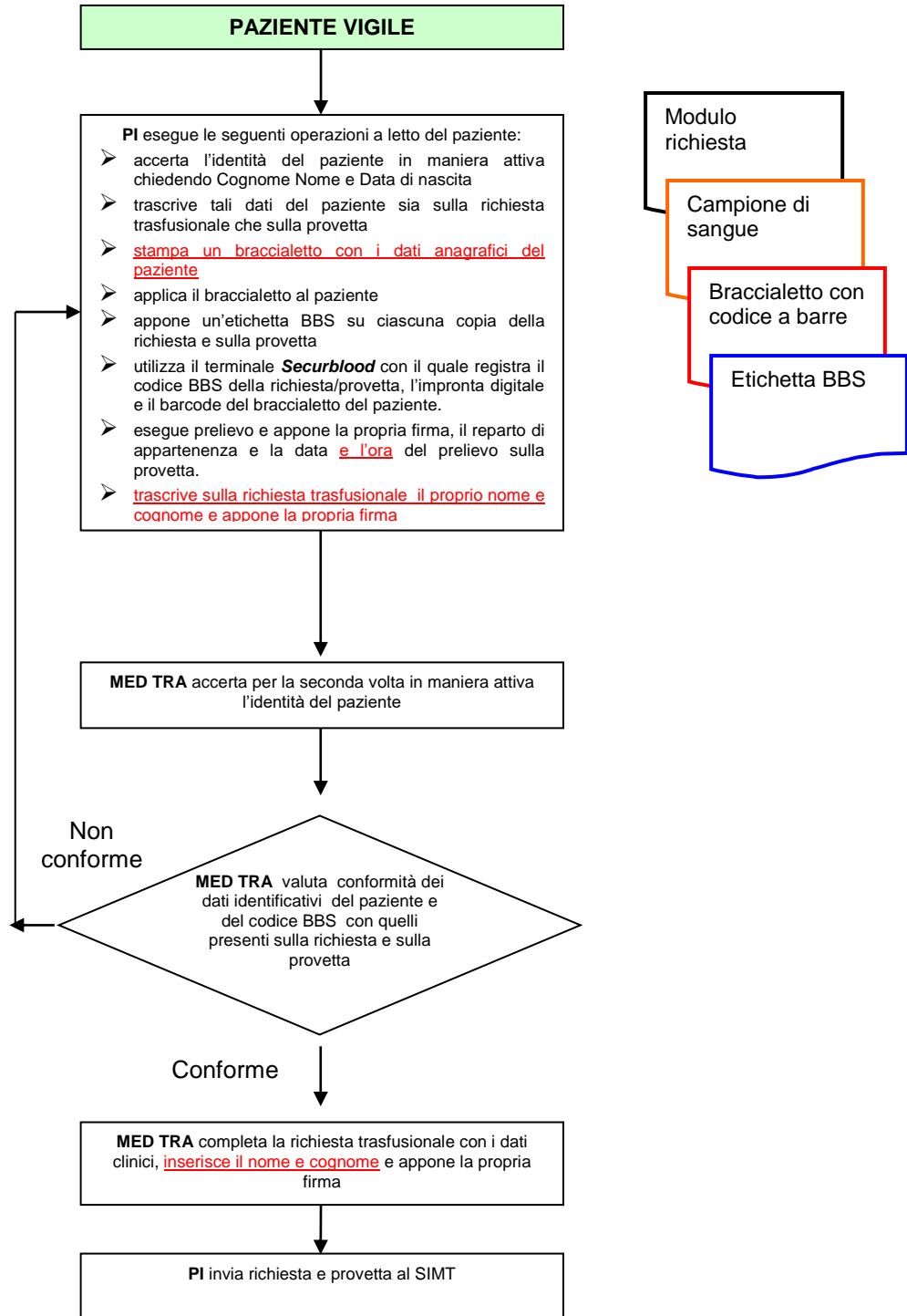




# RICHIESTA TRASFUSIONALE IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE DA SOTTOPORRE A TRASFUSIONE

**MIR/A1**  
Rev. 05  
del 20/12/2016



Legenda  
**MED TRA:** Medico trasfusore  
**PI:** Personale infermieristico