

|   |   |   |
|---|---|---|
|  <p><b>ASP<br/>RAGUSA</b><br/>Servizi di Immunoematologia e<br/>Medicina Trasfusionale</p> | <h2>COMPATIBILITA'<br/>IMMUNOLOGICA TEORICA IN<br/>CASO DI TRASFUSIONE</h2> | <p><b>MIR/A8</b><br/>Rev.0<br/>del 20/12/2016</p> |
|---|---|---|

| <b>TRASFUSIONE DI GLOBULI ROSSI: Sistema gruppo ABO/Rh</b> |   |
|--|---|
| Fenotipo ABO del ricevente                                 | Fenotipo ABO globuli rossi trasfondibili  |
| O  | O   |
| A  | A o O   |
| B  | B o O   |
| AB   | AB o O o A o B  |
| Rh (D) positivo  | Rh positivo o Rh negativo   |
| Rh (D) negativo  | Rh negativo o Rh positivo<br>(in caso di indisponibilità di emazie Rh negative per richieste urgentissime che mettono in pericolo la vita del paziente) |

| <b>TRASFUSIONE DI PLASMA: Sistema gruppo ABO/Rh</b> |  |
|---|--|
| Fenotipo ABO-Rh (D) ricevente                       | Fenotipo ABO-Rh Plasma per uso clinico |
| O   | O, A, B o AB                           |
| A   | A o AB                                 |
| B   | B o AB                                 |
| AB  | AB                                     |
| Rh (D) positivo                                     | Rh (D) positivo o negativo             |
| Rh (D) negativo                                     | Rh (D) negativo o positivo             |

| <b>TRASFUSIONE DI PIASTRINE: Sistema gruppo ABO/Rh</b> |  |  |              |
|--|--|--|--------------|
| Fenotipo ABO/Rh (D)<br>Ricevente                       | Fenotipo ABO del concentrato piastrinico |  |              |
|  | Prima scelta                             | Seconda scelta   | Terza scelta |
| O  | O  | AB A, B  |              |
| A  | A  | AB   | 0*, B*       |
| B  | B  | AB   | 0*, A*       |
| AB   | AB                                       | A*, B*   | 0*           |
| Rh (D) positivo  | Rh (D) positivo                          | Rh (D) negativo  | ////         |
| Rh (D) negativo  | Rh (D) negativo                          | Rh (D) positivo (considerare la possibilità di somministrare una dose di Ig anti D per prevenire un'eventuale immunizzazione anti D in caso di donne in età fertile) | ////         |

\* Nei neonati previa rimozione delle agglutinine tramite lavaggio

|                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| Elaborazione<br><b>Dr Licitra</b> | Verifica (RQ)<br><b>Dr Bennardello</b> | Approvazione (DIR)<br><b>Dr Garozzo</b> |
|-----------------------------------|--|---|