



RICHIESTA ESAMI

S.C. Servizio Medicina Trasfusionale (SIMT)
PO San Giovanni Bosco
Tel 0112402325-219 Fax 0112402323

Identificativo

richiesta

(da compilare a cura del
servizio trasfusionale)

Ospedale Reparto Tel

Cognome Nome ☐ M ☐ F

Nato a il / /

Codice Fiscale

IMMUNOEMATOLOGIA ERITROCITARIA

☐ TYPE & SCREEN (T&S)

Gruppo + Ricerca Anticorpi Irregolari

☐ In previsione intervento chirurgico

Data intervento / /

Il T&S ha una durata temporale fino a 90 giorni nel paziente
mai trasfuso o che non ha trasfuso negli ultimi 90 giorni o
successivamente al prelievo (DM 02/11/2015)

Negli altri casi, inclusa la donna in gravidanza, la validità
temporale dell'indagine è 72 ore (DM 02/11/2015)

☐ Gruppo ABO Rh (D)

☐ Fenotipo Rh + Kell

☐ Altri Antigeni Eritrocitari

☐ Test di Coombs Indiretto (Ricerca Ab irregolari)

☐ Identificazione Anticorpi Irregolari

☐ Titolazione Anticorpi Irregolari

☐ Test con enzimi (Ricerca Ab irregolari)

☐ Eluzione anticorpi

☐ Test di Coombs Diretto

☐ Altro

SORVEGLIANZA MEN

PROFILO NEONATO

☐ Gruppo ABO Rh (D) + Test di Coombs Diretto

Scrivere Cognome e Nome della madre

.....

PROFILO MADRE

☐ Gruppo ABO Rh (D) + Test di Coombs Indiretto

☐ Determinazione Emorragia Materno Fetale

☐ Ricerca/Titolazione anticorpi anti A e B

Gruppo ABO Rh se noto

Scrivere Cognome e Nome del neonato

.....

CONSULENZA TRASFUSIONALE

☐ Aferesi Terapeutica

☐ Immunoematologia

☐ PBM (Patient Blood Management)

☐ Altro

NOTIZIE CLINICHE :

.....

Per gli esami **eritrocitari** inviare una provetta EDTA tappo viola (120x75)

Data / / Timbro e Firma del medico