



**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

## RICHIESTA EMOCOMPONENTI

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** .....

Trasfusione Prevista per il ..... / ..... / .....

alle ore ..... : .....

☐ **Non Urgente:** consegna entro la giornata

☐ **Urgente:** consegna unità entro 1 ora

☐ **Unità a disposizione** presso il SIMT dal: ..... / ..... / ..... (per un massimo di 3 giorni)

☐ **Urgentissima:** consegna immediata delle unità. Il sottoscritto dichiara che la situazione clinica del paziente richiede la somministrazione immediata di sangue e non concede i tempi tecnici per l'esecuzione dei test pretrasfusionali

**Cognome** ..... **genere** [M] [F]

**Nome** ..... **Peso** ..... Kg

**Nato il** ..... / ..... / ..... **Luogo nascita** .....

**Diagnosi** .....

**Hb** ..... gr/dl **Plts** .....  $\mu$ L **INR** .....

#### Anamnesi trasfusionale

Trasfusioni negli ultimi 90 gg. [SI] [NO]

Gravidanze [SI] [NO] [In atto]

Precedenti problemi trasfusionali (reazioni indesiderate, immunizzazioni) [SI] [NO]

#### ☐ Irradiazione

☐ Trasfusione intrauterina - Exsanguino Trasfusione

☐ Neonato prematuro o con peso < 1500 gr.

☐ Immunodeficienza congenita

☐ Malattia di Hodgkin

☐ Trattamento con alemtuzumab (anti CD 52)

☐ Trattamento con analoghi delle purine

(Fludarabina, Cladribina, Pentostatina, Bendamustina, Clofarabina)

☐ Trapianto di midollo allogenico

(dal condizionamento fino fine profilassi GvHD)

☐ Trapianto di midollo autologo

(dal condizionamento fino a 3/6 mesi dal trapianto)

☐ Altro :

☐ Allego un campione di sangue in EDTA per l'esecuzione dei test pretrasfusionali (provetta tappo viola 6 ml.) riportante **Cognome, Nome, Data di nascita, Data e ora prelievo Firma operatore**  
In caso di richiesta di determinazione del gruppo ABO Rh e di unità di sangue devono essere allegati 2 campioni di sangue prelevati in momenti diversi come da disposizione di legge

**Firma leggibile del prelevatore :**

.....

☐ Dichiaro di aver ottemperato alle disposizioni di legge per il consenso informato ( all VII DM 02-11-2015).

### EMOCOMPONENTE RICHIESTO

**N°** ..... **Concentrati Eritrocitari**

☐ Intervento Chirurgico

☐ Anemia Cronica

☐ Anemia Acuta

☐ Anemia in paziente clinicamente sintomatico

☐ Anemia Neonatale

**mL** ..... **Plasma Fresco Congelato**

☐ INR > 1,5 in paziente emorragico

☐ Sindrome emorragica in sovradosaggio di dicumarolici

☐ Deficit fattore/i della coagulazione

☐ CID

☐ Sepsi

☐ P.T.T / SEU

*Le unità di plasma devono essere trasfuse entro 4 ore dallo scongelamento e non oltre 8 h se conservate a +4°C*

**N°** ..... **Concentrati Piastrinici**

Plts < 5.000  $\mu$ L ☐ anemia aplastica o mielodisplasia

Plts < 10.000  $\mu$ L ☐ terapia citostatica

Plts < 30.000  $\mu$ L ☐ Febbre ☐ Infezione ☐ Emorragia

Plts < 50.000  $\mu$ L ☐ Emorragia maggiore ☐ Chirurgia

Plts < 100.000  $\mu$ L ☐ Intervento NCH / ☐ Oftalmologia

☐ Piastrinopatia

*Le unità di piastrine devono essere trasferite immediatamente all'arrivo*

☐ **Protocollo Trasfusione Massiva**

**Data** ..... / ..... / ..... **Ora** ..... **Timbro e firma del medico** .....

A CURA DEL  
SIMT

**Gruppo ABO Rh:**

Ricerca Anticorpi [NEG] [POS]

sigla

☐ Conforme

☐ Non conforme

Firma dirigente SIMT