

Struttura richiedente: _____ Data: _____ Urgente Non urgente

Cognome e Nome: _____ Nato a: _____ il _____ Residente a _____ Codice fiscale _____	oppure	Etichetta dati paziente (senza barcode) con codice fiscale
--	--------	--

Esami Richiedibili

Diagnosi _____

<input type="checkbox"/> Gruppo Sanguigno	<input type="checkbox"/> Fenotipo Rh	<input type="checkbox"/> Test di Coombs Indiretto (TCI)
<input type="checkbox"/> Test di Coombs Diretto (TCD)	<input type="checkbox"/> Identificazione anticorpale	<input type="checkbox"/> Titolazione anticorpale
<input type="checkbox"/> Agglutinine a frigore (crioagglutinine). Prelievo eseguito e mantenuto a 37°	<input type="checkbox"/> Ricerca e titolazione anticorpi immuni anti-A e anti-B	<input type="checkbox"/>

I dati relativi alla Diagnosi e all'Anamnesi Immunoematologica sono **obbligatori**.

Anamnesi immunoematologica			<input type="checkbox"/> Paziente non collaborante	
Precedenti Trasfusioni	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so		Negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Reazioni da trasfusione	<input type="checkbox"/> emolisi <input type="checkbox"/> anafilassi <input type="checkbox"/> orticaria <input type="checkbox"/> febbre <input type="checkbox"/> altro _____			
Aborti, amniocentesi, villocentesi...	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so		Negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Figli con Malattia emolitica neonatale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so			
Gravidanze precedenti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ora è in gravidanza?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Settimana _____	
Immunoprofilassi anti-D (solo se ha l'Rh negativo)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so Data _____		Trapianto di midollo/cellule staminali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No il _____ dove _____	

Firma dell'interessata (gravida) per l'Anamnesi immunoematologica _____

 Operatore responsabile del prelievo (firma leggibile)

 Medico richiedente (timbro e firma)

Spazio riservato al Servizio Trasfusionale

Spazio per etichetta

Pervenuta al Servizio Trasfusionale:	Accettata da:	Data e ora
--------------------------------------	---------------	------------