

Struttura richiedente: _____ Data: _____ Urgente Non urgente

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

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 _____	
Trapianto di midollo/cellule staminali	<input type="checkbox"/> Sì il _____ dove _____ <input type="checkbox"/> No	
Terapia con farmaci omologhi delle purine	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
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	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Data _____
Firma paziente Anamnesi immunoematologica _____		

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

Esami Richiedibili (provetta tappo viola) **Urgente** **Non urgente** **Diagnosi** _____

<input type="checkbox"/> Gruppo Sanguigno	<input type="checkbox"/> Fenotipo Rh	<input type="checkbox"/> Test di Coombs Indiretto (TCI)
<input type="checkbox"/> Gruppo funicolo	<input type="checkbox"/> Test di Coombs Diretto (TCD)	<input type="checkbox"/> Identificazione 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"/> Titolazione anticorpale

Data/ora prelievo _____ 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
--------------------------------------	---------------	------------