



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**SOSD SIMT – VCO**

Sede legale: Via Mazzini, 117 – Omegna  
Sede Operativa Verbania Tel. 0323-541305  
Sede Operativa Domodossola – Tel. 0324-491364  
Email: trasfvb.qualita@aslvc0.it

Cognome e Nome  Sesso

Data di nascita

Codice Fiscale

Residenza

Domicilio  Telefono

etichetta identificativa  
paziente  
se disponibile

etichetta DNWEB

etichetta ELIOT

Richiedente

Richiesta emocomponenti

NB: **B C F** – Devono essere confermate telefonicamente 1 ora prima della trasfusione; **A** – Restano a disposizione per 72 h., successivamente la prova crociata deve essere ripetuta

TIPO DELLA RICHIESTA  (URGENTE – NON URGENTE)

DATA E ORA PREVISTA PER IL RITIRO

GRUPPO AB0/Rh: Noto  Rh:

(se il gruppo è noto inviare solo un'unica provetta per controllo gruppo e prove crociate di compatibilità; se il gruppo è sconosciuto inviare una provetta per gruppo e prove crociate entro 30 minuti inviare un secondo prelievo per il controllo del gruppo)

Diagnosi e/o causa presunta

**INDICAZIONI ALLA TRASFUSIONE**

Anemia	<input type="text"/>	Piastrinopenia	<input type="text"/>
Emorragia in atto o sospetta	<input type="text"/>	Piastrinopatia	<input type="text"/>
Intervento chirurgico	<input type="text"/>	Coagulopatia	<input type="text"/>
Altro	<input type="text"/>		

**Note:**

Il paziente è già stato trasfuso (nei tre mesi precedenti la richiesta)      si       no

Ha avuto reazioni trasfusionali      si       no

Possiede anticorpi irregolari      si       no

Data richiesta

Cognome e Nome prelevatore

timbro

Firma leggibile e timbro del medico \_\_\_\_\_

ETICHETTA DI  
CONSEGNA

ETICHETTA DI  
CONSEGNA

ETICHETTA DI  
CONSEGNA

richiesta pervenuta al ct il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_