

**SCHEDA REPORT PERIODICO DI ATTIVITA' PRODUZIONE EMOCOMPONENTI USO NON TRASFUSIONALE**

REPORT RELATIVO AL MESE DI ...../anno.....

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA	
INDIRIZZO	
NUMERO PAZIENTI <u>VALUTATI PER IDONEITA'</u> Al trattamento con emocomponenti per uso non trasfusionale	
NUMERO DI PAZIENTI <u>IDONEI</u>	
CAUSE DI NON <u>IDONEITA'</u>	
NUMERO PROCEDURE EFFETTUATE	
NUMERO CQ EFFETTUATI	
NUMERO CQ CON PIASTRINE > 1 x 10 <sup>6</sup> /µL	
NUMERO TEST DI STERILITA' EFFETTUATI	
NUMERO TEST DI STERILITA' POSITIVI (specificare microrganismo ed allegare antibiogramma)	
EVENTI AVVERSI (numero tipo severità)	

DATA.....

REDATTO DA (stampatello).....

Firma .....