



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 6 SET. 2017

OGGETTO: Modifica protocollo aziendale per la riduzione del rischio di errore trasfusionale e sicurezza della trasfusione al punto 6

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 7 SET. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

SU proposta della Direzione Sanitaria Aziendale

VISTA la Deliberazione 465 del 08.03.2017 con la quale l'A.O.B. ha adottato il protocollo per la riduzione del rischio di errore trasfusionale e sicurezza della trasfusione;

CONSIDERATO che in sede di riunione del COBUS è stata rilevata la necessità di apportare una modifica al punto 6;

RITENUTO pertanto di dover procedere alla modifica del punto 6 del protocollo aziendale per la riduzione del rischio di errore trasfusionale e sicurezza della trasfusione così come indicato dal Direttore della S.C. di Immununoematologia e Centro Trasfusionale;

CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

- di approvare la modifica del punto 6 del protocollo aziendale per la riduzione del rischio di errore trasfusionale e sicurezza della trasfusione nella parte delle annotazioni;



AO Brotzu


segue deliberazione n. 1711 del - 6 SET. 2017

- di trasmettere copia della presente deliberazione alle Direzioni Mediche dei PP.OO: afferenti all'AOB al fine di offenderlo a tutte le strutture;
- di provvedere alla pubblicazione del documento sul sito aziendale

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

 <p style="text-align: center;">Azienda Ospedaliera G. Brotzu</p>	<p style="text-align: center;">S. C. Immunoematologia e Centro Trasfusionale</p> <p style="text-align: center;">Direttore dott. Mario Pani</p>	Pag. 1/7
		<p>Data di emissione: Data di applicazione:</p>
<p>Direttore SIT - Dott. Mario Pani Direttore Sanitario Aziendale - Dott. Vinicio Atzeni</p>		<p>Firma:</p>

PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI ERRORE TRASFUSIONALE E SICUREZZA DELLA TRASFUSIONE

1. Scopo

Il presente protocollo ha lo scopo di fornire istruzioni che favoriscono comportamenti corretti, uniformi e certi, al fine di ridurre il rischio di errore trasfusionale.

2. Applicabilità

Il protocollo si applica a tutte le Strutture dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" che utilizzano il sangue e gli emocomponenti a fini terapeutici.

3. Riferimenti normativi principali

Il Buon uso del sangue – Ministero della Sanità 04.02.1993

Legge 219 del 21 ottobre 2005 "Nuove discipline delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati"

Raccomandazione Ministero della Salute, Dipartimento Qualità del 05.03.2007 "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO"

Decreto Legislativo 9 novembre 2007 n° 207 "Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusione e notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi".

Decreto 09 novembre 2007 n° 208 "Attuazione delle direttive 2005/62/CE che applica le direttive 2002/98/CE per quanto riguarda le norme specifiche comunitarie relative al sistema di qualità per i servizi trasfusionali".

Decreto Legislativo del 20 dicembre 2007 n° 261 "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n° 191 recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano".

Raccomandazione ministeriale n° 5 marzo 2008 "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO"

Linee guida CNS n° 1 del 07.07.2008 "Linee guida per l'adozione di misure di sicurezza nella gestione dei processi produttivi e diagnostici nei servizi trasfusionali"

Decreto legge n° 69 del 02.11.2015 "Disposizioni relative ai requisiti di Qualità e Sicurezza del sangue e degli emocomponenti"

4. Responsabilità

I Direttori delle Strutture interessate sono responsabili dell'applicazione del protocollo, della diffusione ai loro collaboratori medici e infermieri.

Il Caposala/ Coordinatori sono responsabili dell'applicazione del presente protocollo da parte del personale infermieristico e della verifica/tenuta di tutta la documentazione riguardante la gestione del sangue nella propria unità operativa.

La Direzione Sanitaria è responsabile, attraverso attività di audit interna all'azienda, della vigilanza sulla corretta applicazione del protocollo e deve dare comunicazione dei risultati dell'audit e le non conformità rilevate e le azioni correttive intraprese a codesto Servizio .

5. Acquisizione dalla Struttura Trasfusionale degli emocomponenti

Azione	Modalità	Responsabilità	Annotazioni
Indicazione alla trasfusione e acquisizione consenso informato	Indicare in cartella la motivazione alla trasfusione, spiegarla al paziente o al suo rappresentante legale	Medico	<i>Acquisire il consenso informato (Allegato 1)</i>
Verifica dell'identità del paziente	identificazione certa e positiva applicare al paziente un braccialetto riportante nome, cognome, sesso e data di nascita	Medico Infermiere	<i>Verifica da effettuare al letto del paziente dal medico e dall'infermiere.</i>
Prelievo per i test pre-trasfusionali	<p>Effettuare il prelievo di sangue in due tempi diversi ai fini della determinazione del gruppo sanguigno e per le prove pre - trasfusionali</p> <p>L'operatore che effettua il prelievo deve riportare in modo chiaro e completo sulla provetta contenente il campione di sangue: reparto di appartenenza, nome e cognome, data di nascita del paziente, data e ora del prelievo</p> <p>l'operatore che effettua il prelievo deve apporre immediatamente la propria firma sulla provetta.</p> <p>Questa provetta sarà accuratamente confezionata e conservata a temperatura ambiente fino al momento dell'invio al SIT da effettuarsi prima possibile.</p>	Infermiere Medico	<p><i>Per il prelievo usare singola provetta (EDTA), apporre la firma sulle provette.</i></p> <p><i>Le provette devono contenere le seguenti indicazioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ nome e cognome del paziente✓ data di nascita del paziente✓ U.O. di degenza✓ Data del prelievo
Compilare in ogni sua parte la richiesta on line o su modulo cartaceo della Struttura Trasfusionale	<p>Il medico compilerà in tutte le sue parti la richiesta per il SIT specificando il grado di urgenza della trasfusione.</p> <p>Nella richiesta per il SIT vanno indicate le caratteristiche del componente da trasfondere</p> <p>La compilazione sarà cartacea solo in caso di malfunzionamento del sistema</p> <p>Una richiesta cartacea comunque firmata dal medico e dall'infermiere che ha effettuato il prelievo accompagnerà il campione di sangue.</p> <p>Per la rintracciabilità copia della richiesta deve essere conservata nella cartella clinica o nella documentazione sanitaria del paziente.</p>	Medico infermiere	<p><i>Il medico appone obbligatoriamente sul modulo la propria firma leggibile.</i></p> <p><i>Ugualmente l'infermiere che effettua il prelievo.</i></p> <p><i>Non è necessario l'inserimento del gruppo sanguigno</i></p> <p>Vedi Allegato 2 (richiesta cartacea o on line)</p>

Trasporto provette e richieste al SIT	Modalità di confezionamento e invio secondo normativa nel più breve tempo possibile dal prelievo	Personale UO richiedente	Trasportare le provette in idonea busta posizionata all'interno di un contenitore rigido, a temperatura ambiente Insieme a: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modulo di richiesta compilato e firmato dal medico e dall'infermiere che ha effettuato il prelievo ➤ Consegnare il tutto alla Struttura Trasfusionale ➤ Nel presidio Brotzu possono essere inviate tramite la Posta pneumatica
Ritiro delle unità richieste presso il SIT	Al momento del ritiro delle sacche di sangue dovrà essere consegnato un ulteriore campione prelevato in tempi diversi. Le unità devono essere accompagnate dal modulo di consegna rilasciato dal SIT Il trasporto deve essere fatto in contenitori idonei.	Personale UO richiedente	Gli addetti al ritiro delle unità devono firmare la richiesta apponendo la propria firma ed indicando l'ora di ritiro. Per il Presidio Brotzu il ritiro potrà avvenire tramite Posta Pneumatica. Vedi Allegato 3 (modulo di consegna)
Controllo idoneità delle unità da trasfondere	Le unità di emocomponenti devono essere ispezionate al momento dell'arrivo in Reparto e prima della trasfusione . Se presenti segni di emolisi, contaminazione batterica, coaguli, non integrità dell'unità o non corretta etichettatura, questa non viene trasfusa ma restituita al SIT.	Infermiere medico	Il medico segnala al SIT le motivazioni della restituzione sul modulo di consegna Vedi Allegato 3

6. Effettuare la Trasfusione

Azione	Modalità	Responsabilità	Annotazioni
Identificazione del paziente e delle Unità da trasfondere	Prima di effettuare la trasfusione il medico prescrittore e l'infermiere verificano la corrispondenza tra i dati del modulo di consegna del SIT, le unità da trasfondere, i dati del ricevente riportati in cartella clinica (cognome, nome, data di nascita, compatibilità di gruppo sanguigno) e la data scadenza dell'unità, unitamente alla corrispondenza dei dati contenuti nel braccialetto (nome, cognome, sesso e data di nascita). Se il paziente è in grado di collaborare chiedere conferma dei dati allo stesso prima di procedere alla trasfusione (identificazione attiva e al parere del consenso informativo)	Medico infermiere	Il medico e l'infermiere a garanzia delle avvenute verifiche compilano e firmano la checklist riguardante il controllo della compatibilità immunologica. Mentre la parte a letto del paziente può essere effettuata individualmente anche da due infermieri. (vedi allegato 4)
Registrazione della trasfusione	La trasfusione deve essere registrata nella cartella o documentazione clinica del ricevente riportando numero , tipo, codice identificativo (anche mediante apposizione in cartella della etichetta di assegnazione dell'unità di emocomponente), data e ora dell'inizio della trasfusione, parametri vitali all'inizio della trasfusione (temperatura, frequenza cardiaca, pressione arteriosa), data e ora della fine della trasfusione , parametri vitali al termine della trasfusione registrati entro e non oltre 60 minuti dal termine della trasfusione, eventuali reazioni avverse rilevate ed il trattamento effettuato.	Medico Infermiere	
Trasfusione e Osservazione clinica durante e dopo la	La trasfusione è eseguita dall'infermiere sotto la responsabilità del medico che deve essere presente in Reparto per tutta	Medico Infermiere	

stessa	<p>la durata dell'infusione. Il paziente deve essere tenuto sotto osservazione durante e nelle 24 ore successive alla trasfusione per evidenziare eventuali reazioni trasfusionali. In caso di dimissione entro le 24 ore dalla trasfusione o in caso di paziente in DH Ambulatoriale o domiciliare, lo stesso viene adeguatamente istruito a contattare il medico di riferimento in caso di comparsa di segni o sintomi inattesi.</p> <p>Al termine della trasfusione si fa pervenire al SIT la dichiarazione di avvenuta trasfusione e di eventuali reazioni avverse.</p>		<p><i>Restituire al SIT la parte inferiore del modulo di consegna compilato e firmato</i></p>
Restituzione delle unità non utilizzate	<p>Le unità che non vengono immediatamente trasfuse devono essere rese al SIT nel più breve possibile unitamente alla parte inferiore del modulo di consegna compilata e firmata dal medico. Se richiesto le unità saranno rese disponibili fino a 72 ore dalla data e ora del prelievo per le prove pre-trasfusionali</p>	Infermiere Medico	<p>Le sacche non devono essere conservate nei reparti, se non in frigoemoteche autorizzate dalla Direzione Sanitaria e dal Servizio di Immunoematologia</p> <p><i>Sul modulo di consegna bisognerà dichiarare che le unità sono state conservate secondo legge tra: 2 - 6 gradi le Emazie concentrate 2 - 6 gradi il Plasma se scongelato sotto - 25 se ancora congelato 20 - 24 gradi le PLT e in agitazione continua</i></p>
Valutazione dell'efficacia	L'efficacia della trasfusione di sangue è valutabile con il controllo dell'Hb post-trasfusionale effettuabile 2 ore dopo il termine di quest'ultima.	Medico	

7. Gestione e compiti della Struttura Trasfusionale

Per evitare errori dovuti a scambio di campioni o di registrazione o l'erogazione di unità sbagliate, devono essere seguite tutte le indicazioni previste dalla normativa vigente e deve essere posta particolare attenzione alle seguenti indicazioni

Azione	Modalità	Responsabilità	Annotazioni
Compiti della Struttura Trasfusionale	Accettazione richieste trasfusionali e dei prelievi	Tecnico di laboratorio infermiere	Al momento dell'accettazione il tecnico o infermiere verifica la congruità dei dati e la corrispondenza di nome, cognome e data di nascita del paziente riportati sulla richiesta e quelli riportati sull'etichetta dei campioni di sangue. Eventuale contatto col reparto richiedente in caso di non conformità
	Determinazione del gruppo sanguigno	Medico	Il medico deve eseguire 2 determinazioni del gruppo sanguigno del paziente, effettuate su 2 campioni prelevati in 2 momenti diversi.
	Assegnazione delle unità	Medico	Al momento dell'assegnazione, il medico verifica la corrispondenza del gruppo del paziente con quello delle unità da assegnare
	Test pre-trasfusionali	Tecnico di laboratorio	Esegue test controllando i dati riportati sulla richiesta e sulla provetta
	Test pre-trasfusione	Medico	Il medico verifica le prove effettuate indi procede alla stampa del cartellino che riporterà nome e cognome del paziente il gruppo il reparto di degenza e il n° del test

	Consegna delle unità	Tecnico di laboratorio infermiere	Alla consegna delle unità verifica la corrispondenza tra richiesta, dati anagrafici del paziente ed unità assegnate provviste di etichette conformi alle disposizioni vigenti. Provvede alla stampa del modulo di consegna con l'apposito software gestionale Controllo eventuali coaguli, emolisi ecc.
--	----------------------	--	--

8. In Sala Operatoria

Come da Delibera n° 538 del 05 aprile 2013 si forniscono le istruzioni operative:

- In sala operatoria e nei diversi Reparti, le sacche di sangue richieste e non utilizzate dovranno essere restituite al Centro Trasfusionale possibilmente al termine dell'intervento e comunque non oltre la conclusione della seduta operatoria; sarà cura dei Coordinatori, o dei rispettivi sostituti vigilare affinché la restituzione **sia immediata**
- **Al fine di garantire un'ulteriore verifica dell'avvenuta restituzione delle stesse, nella ceck list della sala operatoria verrà inserita un'apposita voce da flaggare a seduta conclusa.**

9. Gestione degli emocomponenti emergenza - Pronto Soccorso -

Al fine di garantire l'immediata disponibilità di sangue per le emergenze del Pronto Soccorso, si dovrà operare nel seguente modo:

- a) verrà prelevato un campione di sangue del paziente da trasfondere per la determinazione del gruppo e le prove di compatibilità (provetta EDTA), che si invierà al SIT con la richiesta della necessaria quantità di sangue, utilizzando l'apposita modulistica compilata e firmata dal Medico richiedente (firma leggibile e per esteso) e dall'infermiere che effettua il prelievo.

Sulla provetta andranno trascritti:

- nome e cognome del paziente
- data di nascita
- riferimento alla S.C. di PS/OBI
- data del prelievo
- andrà firmata da chi effettua il prelievo
- al paziente andrà applicato il braccialetto con i dati di legge

La provetta andrà trasportata a mano al SIT in idonea busta, nell'apposito contenitore rigido, insieme alla richiesta compilata.

- b) Prima della trasfusione della sacca **0 Rh negativo o positivo** (ritirata dal SIT o prelevata dalla frigoemoteca se il paziente è in condizioni critiche), si dovrà comunque procedere ad un secondo prelievo di sangue (con venipuntura distinta, da inviare al SIT per la conferma dell'emogruppo e le prove pre-trasfusionali) seguendo le stesse modalità descritte al punto precedente.
- c) Si procederà alla trasfusione del sangue **0 negativo o positivo** immediatamente disponibile (ritirato al SIT o prelevato dalla frigo emoteca se il paziente è in condizioni critiche); nel frattempo il SIT provvederà ai test per garantire altro sangue dello stesso gruppo del paziente ed effettuerà i test pre-trasfusionali .

Prima della trasfusione di sangue con medesimo gruppo del paziente, il medico e l'infermiere:

- si accerteranno della corrispondenza del gruppo e della scadenza dell'unità.
- controlleranno il foglio di compatibilità del SIT (numero della sacca assegnata).
- verificheranno l'identità del paziente e la corrispondenza col nominativo indicato sulla sacca da trasfondere
- verificheranno i dati dei braccialetti
- verificheranno l'integrità della sacca
- acquisiranno quando è possibile, il consenso informato del paziente
- compileranno la Check List
- riporteranno sul verbale del PS il numero identificativo della sacca e l'ora di inizio della trasfusione firmerà il relativo foglio di consegna
- segnaleranno eventuali complicanze da trasfusione

Il sangue della frigoemoteca verrà utilizzato esclusivamente per i pazienti in condizioni critiche privilegiando il sangue fornito dal SIT.

L'autorizzazione all'uso del sangue della frigoemoteca a beneficio dei pazienti ricoverati negli altri reparti sarà esclusivamente di competenza del SIT,
Le sacche di sangue non utilizzate in PS (non necessita di ulteriore trasfusione, trasferimento del paziente ad altra U.O.) devono essere restituite al SIT che, eventualmente, su apposita richiesta del reparto di destinazione, provvederà a renderle nuovamente disponibili.

Brevi consigli di pratica trasfusionale

Trasfusione di emazie concentrate (GRC)

La trasfusione deve iniziare entro 30 minuti dall'uscita della sacca dal refrigeratore. Per facilitare il flusso si possono aggiungere, mediante set a epsilon, 50 – 100 ml di soluzione fisiologica. Usare butterfly o ago cannula da 19 g.

I segni e i sintomi di una grave reazione trasfusionale emolitica compaiono entro pochi minuti dall'infusione di soli 50-100 ml di sangue. Se possibile, è consigliabile trasfondere i primi 50 ml di ciascuna unità lentamente, una goccia ogni 2-3 secondi. Successivamente si potrà aumentare la velocità di infusione. In genere il tempo di infusione di due unità di emazie dovrebbe essere non superiore alle 3 ore. In ogni caso la trasfusione di un'unità di globuli rossi, per evitare rischi di proliferazione batterica, non deve superare le 3 ore.

Trasfusione di Piastrine (PLT)

Quantità: 1 sacca da aferesi o 1 Pool di Buffy coat in un soggetto di 60-70 KG.

Non refrigerare prima della trasfusione

Usare un normale set da trasfusione

La trasfusione va completata entro 30 minuti.

Trasfusione di plasma fresco congelato (PFC)

Indicazioni: ripristino fattori della coagulazione in epatopatie, sovradosaggio anticoagulanti, diluizione dei fattori della coagulazione in pazienti massivamente trasfusi.

Trasfondere con un normale set da trasfusione

Se non trasfuso immediatamente, il PFC può essere mantenuto in frigoemoteca a temperature comprese tra i 2 e i 6 °C e infuso entro 24 ore.

Le reazioni trasfusionali vanno segnalate a codesto Servizio

Per ogni dubbio contattare la Struttura Trasfusionale

Si allega l'Allegato VII del Decreto Legge n° 69 del 02.11.2015 "PROCEDURE PER GARANTIRE LA SICUREZZA DELLA TRASFUSIONE"

Allegato 1— modulo consenso alla trasfusione

Il sottoscritto/a nato a Il

Sono stato informato dal DottChe per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario essere sottoposto a trasfusione di sangue e di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus di malattie infettive trasmissibili, quali AIDS, epatite B, epatite C, etc.).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott Sia in ordine alle mie condizioni cliniche sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione.

- Acconsento
- Non acconsento

Di essere sottoposto alle trasfusioni o alla somministrazione di emoderivati che si rendono necessari per tutta la durata della terapia.

Data.....

Firma

Firma del Medico che acquisisce il consenso



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

AL SERVIZIO TRASFUSIONALE
AZIENDA OSP. "G. BROTZU" - CAGLIARI

RICHIESTA DI EMOCOMPONENTI

Reparto _____ tel. _____	Ospedale _____
Cognome _____	Data di nascita _____
Nome _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Trasfusioni precedenti <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	Trasfusioni presso altro C.T. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Diagnosi completa e indicazione per la trasfusione

Hb Piastrine PT PTT Altro

Prima richiesta inviata a questo C.T. in data Gravidanze No Si Aborti No Si

G6PD Carente No Si Reazioni trasfusionali No Si Tipo di reazione

Si richiedono n° unità di Richiesta inviata alle h del

Urgentissima: (Ritiro immediato del sangue da trasfondere prima del completamento delle prove crociate)

Urgente: ora della trasfusione (Ritiro subito dopo il completamento delle prove crociate)

Non urgente (*)

Type and screen (*)

Predeposito per autotrasf. n° unità (*)

(*) Data e ora della trasfusione

Gruppo/Rh del paziente determinato in reparto: _____

Sulle provette, siglate dal Medico, devono essere trascritti in stampatello: nome, cognome e data di nascita del pz., Rep. e Osp., data del prelievo.

Si rich. i segg. esami immunoemat.:

Firma leggibile del medico richiedente

Parte da compilarsi a cura del C.T.

Richiesta ricevuta alle h del Consegna Riceve

Gruppo: Fenot Rh K Gruppo dal siero Firma

2° determinazione Firma Type and screen (CI) Firma

Unità assegnate

Consegnate il

Rese

Identificazione A b.....

Titolazione

Coombs Diretto

Anti IgG

Anti C3b C3d

Test di Ham

Altri esami eseguiti Il Medico

Prova di comp. n. Consegna alle h del Ritira



REPARTO _____

PRESIDIO _____

Cognome e Nome _____
Comune Nascita _____
Gruppo Sanguigno _____

Data di Nascita _____
Codice fiscale _____

Sesso _____

N° Richiesta _____

Data Richiesta _____

Medico Richiedente _____

DIAGNOSI _____

Hb _____

Trasfusioni precedenti SI (quando) _____
Trasfusioni presso altro C.T. NON SO _____
Ha avuto reazioni in precedenti trasfusioni? NO _____
Se donne: ha avuto gravidanze? SI _____
Se donne: ha avuto aborti? NON SO _____
G6DP carente NON SO _____

Urgentissima: Ritiro immediato del sangue da trasfondere prima del completamento delle prove crociate

Urgente: Ritiro subito dopo il completamento delle prove crociate

Non urgente(*)

Type and screen

Predisposto per autotrasf. n° ____ unità(*)

PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	QUANTITA'
EMOCOMPONENTI	Emazie	
IMMUNO	Gruppo Sanguigno Controllo	
IMMUNO	Fattore Rh Controllo	

Data ed Ora Previste della Trasfusione _____

Gruppo/Rh del paziente determinato in reparto: _____

Sulle provette, siglate dal Medico, devono essere trascritti in stampatello: nome, cognome e data di nascita del pz, Rep e Osp, data prelievo

Per gli emocomponenti si richiedono i seguenti Trattamenti:

Firma Leggibile del Medico Richiedente _____

Parte da compilarsi a cura del C.T. _____

Richiesta ricevuta alle h _____ del _____ Consegna _____ Riceve _____

Gruppo: Fenot Rh _____ Gruppo da siero _____

2° determinazione _____ Type and screen(CI) _____ Firma _____

Unità assegnate

Consegnate il

Rese

Identificazione Ab	.....	.....	.....	.....
Titolazione	.....	.....	.....	.....
Coombs Diretto	.....	.....	.....	.....
Anti IgG	.....	.....	.....	.....
Anti C3b C3d	.....	.....	.....	.....
Test di Ham	.....	.....	.....	.....
.....
.....

Altri esami eseguiti _____ Il medico _____
Prova di comp. n. _____ Consegna _____ alle h. _____ del _____ Ritira _____

Modulo di consegna

Paziente:
 Data di nascita: _____ sesso: _____
 Gruppo Sanguigno: _____ Fenotipo Rh: _____ Fattore Rh(D): _____ Sistema Kell: _____
 TCI: _____ Identificazione anticorpi

Richiesta n.: _____ del _____
Richiedente _____ **Destinazione** _____
 Ospedale: _____ Ospedale: _____
 Reparto: _____ Reparto: _____

Numero unità	Emocomponente	Emogruppo

Data scadenza sacca _____
 Lavorazioni: _____
 Assegnata da: _____ il _____
 Esito prove di compatibilità _____
 note: _____
 Unità consegnata in data: _____ firma di chi ritira _____

DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA

tagliare lungo la linea tratteggiata

Paziente:
 Data di nascita: _____ sesso: _____
 Gruppo Sanguigno: _____ Fenotipo Rh: _____ Fattore Rh(D): _____ Sistema Kell: _____
 TCI: _____ Identificazione anticorpi

Richiesta n.: _____ del _____
Destinazione Ospedale: _____
 Reparto: _____

Numero unità	Emocomponente	Emogruppo

Data scadenza sacca _____

Trasfusa. Data e ora inizio trasfusione _____ data e ora fine trasfusione _____
 eventuali reazioni _____

Resa in Data _____ Si certifica che la sacca è stata conservata correttamente secondo la normativa vigente.

Unità consegnata in data: _____ il Medico di reparto _____

DA RESTITUIRE AL SIT

Check Check
1° Op 2° Op

Controllo della compatibilità immunologica teorica confrontando i dati presenti su ogni singola unità con quelli della richiesta, referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Firma Medico Firma Op. Sanitario

A LETTO DEL PAZIENTE

Ispezione della unità di emocomponenti per la presenza di anomalie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome , nome e data di nascita

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati nel braccialetto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Data/...../..... Ora

Firma 1° Operatore Firma 2° Operatore