



**SEGNALAZIONE EVENTO AVVERSO/INCIDENTE
EMOCOMPONENTI AD USO NON TRASFUSIONALE**

Struttura Sanitaria.....

Indirizzo Città.....

Riferimento per la segnalazione

Telefono..... fax..... email.....

Dati paziente:

Cognome e nome..... data nascita

Segnalazione: Evento Avverso Incidente

Emocomponenti per uso non trasfusionale

Tipo prodotto	Codice	Data ed ora di preparazione	Data ed ora di applicazione

Segni e sintomi della reazione

	Prurito		Shock
	Orticaria		Cianosi
	Anafilassi		Dispnea
	Brividi		Nausea vomito
	Febbre (aumento >2° C)		Dolore toracico
	Reazione vasomotoria		Tachicardia
	Ipotensione		Altro

Gravità

0	Nessun ritorno	0	Risoluzione entro 24 ore
1	Sintomatologia lieve (non intervento terapeutico)	1	Risoluzione entro pochi giorni
2	Sintomatologia acuta (si intervento terapeutico)	2	Risoluzione completa entro 6 mesi
	Brividi		Nausea vomito



Anamnesi:

.....
.....
.....
.....
.....

Farmaci ed emoderivati somministrati al paziente:

.....
.....
.....

Stato del paziente

Cosciente e collaborante

Cosciente

non cosciente

Descrizione incidente processo di produzione e di utilizzo:

.....
.....
.....

Note:

.....
.....
.....

Data segnalazione:

Cognome e Nome segnalatore Firma.....

Da inviare a.....

Parte da compilare a cura del medico SIMT

Indagini eseguite:

.....
.....
.....

Conclusioni:.....

.....
.....

Cognome e Nome..... Firma.....

Data