Informazioni/dati da comunicare obbligatoriamente da parte della struttura

Denominazione della struttura sanitaria	
Indirizzo	
Domande	**Risposte**
Regime di trattamento (amb-dh-ricovero)	
Responsabile emoterapia topica	
Razionale d'uso	
Numero applicazioni/anno	
Denominazione sistema produttivo (allegare documentazione marchio CE)	
Il personale ha seguito uno specifico percorso formativo da parte dell'azienda produttrice del sistema produttivo	
La struttura sanitaria ha conseguito certificazioni di qualità	
La struttura sanitaria dispone di procedure specifiche per l'uso clinico del concentrato piastrinico e del gel piastrinico	
La struttura sanitaria dispone di spazi dedicati alle procedure produttive del concentrato piastrinico e del gel piastrinico	
La struttura sanitaria ha la possibilità di effettuare a campione controlli di qualità (emocromo) sul prodotto	
A struttura sanitaria ha la possibilità di effettuare a campione test di sterilità sul prodotto	
La struttura sanitaria prevede esclusivamente un utilizzo degli emocomponenti ad uso non trasfusionale (entro 6 ore dalla produzione)	

Data ……..… Firma del Direttore Sanitario della Struttura ……