



**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**

<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>	Shock
<input type="checkbox"/>	Orticaria	<input type="checkbox"/>	Cianosi
<input type="checkbox"/>	Anafilassi	<input type="checkbox"/>	Dispnea
<input type="checkbox"/>	Brividi	<input type="checkbox"/>	Nausea vomito
<input type="checkbox"/>	Febbre (aumento >2° C)	<input type="checkbox"/>	Dolore toracico
<input type="checkbox"/>	Reazione vasomotoria	<input type="checkbox"/>	Tachicardia
<input type="checkbox"/>	Ipotensione	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	Brividi	<input type="checkbox"/>	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 .....