



**Modulo per la restituzione
delle unità non utilizzate**

Cod:
Rev. 0
Pagina 1 di 3
16/04/2017

OGGETTO: emocomponenti consegnati non utilizzati

CDM (N° unità).....

Ritirata da.....il.....ore.....

Reparto

Per il pazientenato/a il

Riservato al medico di reparto

In data.....alle ore.....si restituisce al SIT l'unità

n°..... non trasfusa per.....
(indicare il motivo)

Si DICHIARA che :

- L'unità è stata conservata correttamente e non sono trascorse più di due ore tra il ritiro e la restituzione al SIT**
- L'unità NON è stata correttamente conservata e sono trascorse più di 2 ore tra il ritiro e la restituzione al SIT**

Data.....ora.....

Timbro e firma Medico

.....