



**GRUPPO SANGUIGNO e TEST di
COOMBS DIRETTO
NEONATO**

Cod: ALL02PRO2PrSSIT03
Data: 01/04/2026
Revisione: 2
Pagina 1 di 1

SC Servizio Immuno Trasfusionale
Direttore Dr. Sergio D'Antico

MODULO RICHIESTA DETERMINAZIONE GRUPPO SANGUIGNO / FATTORE RH, TAD

OSPEDALE : _____ REPARTO : _____

DATI NEONATO :

COGNOME : _____	NOME : _____
DATA DI NASCITA : _____	SESSO : _____
GEMELLO : _____	ESTERNO : _____

R
E
P
A
R
T
O

DATI MADRE :

COGNOME : _____	NOME : _____
DATA DI NASCITA : _____	
GRUPPO SANGUIGNO : _____	
RICERCA ANTICORPI IRREGOLARI : <input type="checkbox"/> NEG. <input type="checkbox"/> POS.	DATA ESAME: _____
PROFILASSI Anti-D <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IN DATA: _____

S
I
M
T

Verifica / Conferma
GRUPPO SANGUIGNO MATERNO : _____ SIGLA OPERATORE SIMT: _____

DATA _____

il Medico di Reparto
