

	<b>Richiesta Emocomponenti ad uso non trasfusionale</b>	Cod:  <b>Rev. 0</b> Pagina 1 di 2 16/11/2016
---	---	--

## RICHIESTA EMOCOMPONENTI AD USO NON TRASFUSIONALE

### ISTRUZIONI OPERATIVE

#### **Invio del paziente all'ambulatorio trasfusionale**

Il medico specialista invia il paziente candidato al trattamento con emocomponente topico all'ambulatorio del Servizio Trasfusionale , previa prenotazione .

La modalità di accesso all'ambulatorio trasfusionale avviene in regime di "Prima visita di laboratorio", soggetta a ticket qualora il paziente non sia esente.

Il medico specialista dovrà pertanto effettuare prescrizione dematerializzata con dicitura "Prima Visita di Laboratorio" visibile nel menù a tendina relativo alle prescrizioni :

**selezione Branca: 98 - LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT. ;**

**selezione Prestazioni: 89.7 - PRIMA VISITA DI LABORATORIO (897.40) [ LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT. ]**

Il paziente deve portare in visione gli esami ematochimici e copia compilata del **modulo di richiesta specifico (Parte A)**, che verrà poi completato a cura del medico trasfusionista una volta dichiarata l'idoneità al prelievo autologo (**Parte B**).

#### **Idoneità al prelievo**

Nel caso il paziente non abbia effettuato gli esami ematochimici necessari precedentemente prescritti dallo specialista (Gruppo ABO Rh; HIV, HCV, HBsAg, emocromo), **non** sarà possibile procedere con il predeposito autologo; nel contesto della prima visita potrà in tal caso effettuare prelievo per gli esami di idoneità.

Il paziente in questo caso dovrà comunque tornare all'ambulatorio trasfusionale , prenotando una visita di controllo (prescrizione a cura del Servizio Trasfusionale), per la consultazione degli esami di idoneità dal parte del medico trasfusionista e potrà quindi effettuare il prelievo autologo.

#### **Controlli di qualità**

In assenza di lavorazione a circuito chiuso, sarà necessario continuare ad effettuare un esame colturale ed una conta piastrinica sul prodotto finale ottenuto dal prelievo autologo (PRP, Siero-collirio, collirio di PRP). Tali esami saranno prescritti con richiesta de materializzata a cura del medico del Servizio Trasfusionale ed addebitati al paziente , salvo esenzione ticket.

*NB : le Istruzioni Operative e la modulistica sono scaricabili dal sito aziendale con percorso:*

**Sito ASL CN2 → Specialità Mediche → Servizi → Servizio Trasfusionale → Visualizza Modulistica (PDF)**

ETICHETTA

**RICHIESTA  
EMOCOMPONENTI  
USO TOPICO**

Cod: **ALL M**  
Data: 13/12/2016  
Rev. **0**  
Pagina 1 di 1

**PARTE A DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA RICHIEDENTE**

**PAZIENTE**

COGNOME.....NOME.....

Nato il.....a.....Sesso.....

**DIAGNOSI**.....

- INFILTRAZIONE  
 APPLICAZIONE TOPICA AMBULATORIALE  
 APPLICAZIONE INTRAOPERATORIA

**RICHIESTA**

- CONCENTRATO PIASTRINICO AUTOLOGO (PRP)  
 GEL PIASTRINICO AUTOLOGO  
 SIEROCOLLIRIO AUTOLOGO  
 COLLIRIO DI PRP AUTOLOGO

N° DOSI TERAPEUTICHE.....per il.....ora.....

Data richiesta.....

Cognome/Nome Medico richiedente .....TIMBRO e FIRMA.....

**PARTE B DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO TRASFUSIONISTA**

MOTIVO TERAPIA FARMACOLOGICA:.....

**ANAMNESI DEL PAZIENTE**

PATOLOGIA PIASTRINICA : .....  SI  NO  NON NOTA  
EPATOPATIA : .....  SI  NO  NON NOTA  
PATOLOGIA AUTOIMMUNE: .....  SI  NO  NON NOTA

TERAPIA FARMACOLOGICA CON FANS (< 48 ORE DALLA SOSPENSIONE).....  SI  NO  
TERAPIA TOPICA STEROIDEA NEI 30 GG PRECEDENTI .....  SI  NO  
TERAPIA SISTEMICA STEROIDEA NELLE 2 SETTIMANE PRECEDENTI.....  SI  NO

MOTIVO TERAPIA FARMACOLOGICA:.....

Gruppo sanguigno ABO-Rh-Kell: .....

Esami di Idoneità eseguiti in data:.....

Hb...../ Hct...../ Plts...../ HBsAg...../ HCV...../ HIV-1/2.....

IDONEITA' AL PRELIEVO AUTOLOGO:  SI  NO  
ENTITA' DEL PRELIEVO : .....ML

Data richiesta.....

Il Medico Trasmfusionista .....TIMBRO e FIRMA.....

