

## MODULO RICHIESTA DI GLOBULI ROSSI

Ospedale / Reparto / .....(Cod.).....

### DATI PAZIENTE

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

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

### ANAMNESI TRASFUSIONALE

GRUPPO SANGUIGNO ABO .....Rh.....Fenotipo Rh.....Kell.....

Determinato da.....il.....N. determ.....

TRASFUSIONI PREGRESSE  SI  NO  NON NOTE Data ultima.....

REAZ. TRASF. PREGRESSE  SI  NO  NON NOTE Data ultima.....

GRAVIDANZE PREGRESSE  SI  NO PROFILASSI Rh  SI  NO

FIGLI CON MALATTIA EMOLITICA NEONATALE (MEN)  SI  NO

ANTICORPI IRREGOLARI PRESENTI  SI  NO  NON NOTI

**DIAGNOSI**.....Peso Kg.....Altezza.....

EMOGLOBINA (Hb).....g/dl EMATOCRITO (Ht).....% del.....

Motivo richiesta

INTERVENTO tipo.....

Perdite previste ml.....ml  ELEZIONE  URGENZA

IPOSSIGENAZIONE TISSUTALE per insufficienza cardiaca e/o respiratoria

EMORRAGIA in atto

ALTRO (specificare).....

### RICHIESTA

CONCENTRATO ERITROCITARIO STANDARD FILTRATO PRE-STORAGE

CONCENTRATO ERITROCITARIO STANDARD LAVATO  IRRADIATO

UNITA' PEDIATRICA

Motivo.....

N° UNITA'.....per il.....ora.....

N° UNITA'.....a disposizione per 72 ore dalla data/ora della richiesta

N° UNITA'.....URGENTI (entro 60 min dall'arrivo del prelievo)

N° UNITA'.....URGENTISSIME (necessità immediata senza esecuzione test pre-trasfusionali di compatibilità)

Data richiesta.....ora.....

Cognome/Nome Medico richiedente.....Firma.....

Cognome/Nome Prelevatore campioni.....Firma.....

Richiesta N.....Pervenuta in data.....alle ore.....

Ricevuta da (sigla).....