



Via Catignano 2/4 - 00132 Roma
Num. Verde 800 076 076 - Tel. 06 90 21 36 56
www.villabenedettagroup.it - segreteria@hospicesantarita.it

Betamedica S.r.l.

MOD.HSR_ALL2
di PO53

REV.01

RELAZIONE TRASFUSIONALE

DATA 24/02/2020

Richiesta n. _____
Reparto richiedente U.O. _____
Modalità di consegna _____

Paziente

Cognome e nome CAI
Data di nascita Sesso
Tipizzazione
Sintesi anticorpale
Cod. ricovero Letto

Unità assegnata

CDM
Emc
Bag Usa Omologo Volume
Tipizzazione
Data di scadenza
Mod. ass.

Reparto ricevente
Indicaz. transf.
Tipo indagine Esito

Indicazioni per la somministrazione:
Utilizzare adatto dispositivo da trasfusione. Non trasfondere in presenza di emolisi o altra anomalia.

Indicazioni per la conservazione:
Conservare a temperatura tra:

Assegnazione Firma _____
Consegna Firma _____
Ritiro Firma _____

Spazio riservato al Reparto

Dati relativi alla trasfusione

Data trasfusione _____ ora inizio _____ ora fine _____

Identificazione unità/paziente verificata da (compilare in stampatello):

Infermiere _____ Firma _____

Medico _____ Firma _____

Complicanze (NO) (SI) Tipo _____

La trasfusione è stata interrotta (NO) (SI)

Verifica efficacia: Hb g/L _____ Ht (%) _____ Data _____ Ora _____

(Il presente modulo deve essere riconsegnato al Servizio Trasfusionale compilato)