



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.

## DISTINTA PER CONSEGNA

MOD.HSR\_ALL3  
di PO53

REV.01

DATA 24/02/2020

### Al reparto

### Paziente

CAI \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
Tipizzazione \_\_\_\_\_  
Ricerche anticorpali: data prova \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Richiesta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Codice ricovero \_\_\_\_\_ Letto \_\_\_\_\_

CDM \_\_\_\_\_ Emc \_\_\_\_\_ Bag Uso \_\_\_\_\_ ABO \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_ TrASFUSA \_\_\_\_\_ Restituita \_\_\_\_\_

I 1305 FILTRANTE 02 Omologo  il \_\_\_\_\_ dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  il \_\_\_\_\_  
Operatore Validazione: \_\_\_\_\_

1° Unità ritirata il \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Unità richieste \_\_\_\_\_ Unità da consegnare \_\_\_\_\_ 0

Data consegna \_\_\_\_\_

Operatore consegna: \_\_\_\_\_

Operatore ritiro: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### COMUNICAZIONI AL SERVIZIO TRASFUSIONALE SULL'UTILIZZO DELLE SACCHE

Si attesta che le unità trasfuse sono state clinicamente ben tollerate: SI  NO

Si attesta che le unità restituite hanno la chiusura intatta e sono state conservate secondo le indicazioni presenti sull'etichetta delle unità: SI  NO

Data \_\_\_\_\_ Firma Medico responsabile \_\_\_\_\_