

	Terapia Carico dell'Unità Trasfusionale In Frigoemoteca	Mod. 0426 Pag. 1 di 50
		Parola chiave: trasfusione
		Rev. 02 del 06/10/2021

REGISTRO DI CARICO E SCARICO DELLE UNITA' DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI

FRIGOEMOTECA MEDICHERIA DEL 3° PIANO

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 2 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/__/__

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/__/__

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 3 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 4 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 5 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 6 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 7 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 8 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 9 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 10 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 11 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 12 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 13 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 14 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 15 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 16 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 17 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 18 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 19 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 20 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 21 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 22 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 23 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 24 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 25 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 26 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 27 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 28 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 29 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 30 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 31 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 32 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 33 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITA' TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 34 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 35 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 36 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 37 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 38 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 39 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 40 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 41 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 42 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 43 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 44 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 45 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 46 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 47 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 48 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 49 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):

	Terapia	Mod. 0426 Pag. 50 di 50
	Carico dell'Unità Trasfusionale	Parola chiave: trasfusione
	In Frigoemoteca	Rev. 02 del 06/10/2021

CARICO DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE IN FRIGOEMOTECA DATA __/__/____ ORA __/ __

CENTRO TRASFUSIONALE DI PROVENIENZA: S.I.M.T. Savigliano

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (o altro documento da specificare):

TIPO EMOCOMPONENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ EMAZIE FILTRATE PRE-STORAGE | ☐ PLASMA |
| ☐ EMAZIE IRRADIATE | ☐ POOL PIASTRINICI |
| ☐ PREDEPOSITO AUTOLOGO | ☐ POOL PIASTRINICI IRRADIATI |
| ☐ FARMACI EMODERIVATI | ☐ ALTRO _____ |
| ☐ AUTOLOGO | ☐ OMOLOGO |

N° UNITÀ TRASFUSIONALE: _____

DATA DI SCADENZA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE: __/__/____

INSERIRE ETICHETTA DEL PAZIENTE

GRUPPO SANGUIGNO: _____

REPARTO DI DEGENZA: _____ FIRMA DI CHI DEPOSITA _____

USCITA DELL'UNITÀ TRASFUSIONALE

DATA: __/__/____ ORA: __/ __

TRASFUSA ☐

RESTITUITA AL CENTRO TRASFUSIONALE: ☐

FIRMA DI CHI RITIRA: _____

N° BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO (per la resa al centro trasfusionale:):