

	Sala Operatoria SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEL TRATTAMENTO CON EMOCOMPONENTE AD USO TOPICO	Mod. 0387	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: All 1	
		Rev. 02	del 08/01/2026

Cartella Clinica n. _____ **N. progressivo /ANNO** _____

DATI del PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Cod. Fisc _____

Via _____ Città _____

DATA _____

Medico _____ **Diagnosi** _____

Emocomponente per uso topico

☐ cp liquido ☐ gel piastrinico ☐ siero ☐ altro

Metodo di somministrazione:

☐ applicazione topica ☐ infiltrazione

Metodica di preparazione:

Ditta _____ Cod. Prodotto _____

Lotto _____ Anno _____ Scadenza _____

Controlli di Qualità : ☐ SI ☐ NO

☐ **Emocromo** ☐ **Controllo Microbiologico**

Firma Medico Responsabile Produzione _____

Firma Medico Esecutore _____