

	Sala Operatoria SCHEMA DI RILEVAZIONE DI EVENTI AVVERSI (EMOVIGILANZA)	Mod. 0389	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: All 3	
		Rev. 01	del 08/01/2026

(da restituire al SIMT alla rilevazione dell'evento)

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO/ODONTOIATRA CHE HA EFFETTUATO LA TERAPIA

Paziente _____ Cod. Paziente _____

Data nascita _____ Diagnosi _____

Codice e tipo prodotto	Data e ora preparazione	Data e ora applicazione

Sintomi della reazione

☐	Prurito	☐	Shock
☐	Orticaria	☐	Cianosi
☐	Anafilassi	☐	Dispnea
☐	Brividi	☐	Nausea vomito
☐	Febbre (aumento > 2°C)	☐	Dolore toracico
☐	Reazione vasomotoria	☐	Tachicardia
☐	Ipotensione	☐	Altro _____

Gravità e Persistenza della sintomatologia

Gravita			Persistenza sintomatologia		
☐	0	Nessun sintomo (near miss events)	☐	0	Risoluzione entro 24 ore
☐	1	Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico)	☐	1	Risoluzione entro pochi giorni
☐	2	Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico	☐	2	Risoluzione completa entro 6 mesi

Anamnesi

Farmaci o emoderivati somministrati al paziente

	Sala Operatoria SCHEMA DI RILEVAZIONE DI EVENTI AVVERSI (EMOVIGILANZA)	Mod. 0389	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: All 3	
		Rev. 01	del 08/01/2026

Stato del paziente

☐ Cosciente e collaborante
 ☐ Cosciente
 ☐ Non cosciente

Evento avverso attribuibile ai materiali della preparazione

Sospetto di materiali difettosi

Note

Data segnalazione _____ Firma del segnalatore _____

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO TRASFUSIONISTA
Indagini eseguite

Note

Data compilazione _____ Firma del medico trasfusioni sta _____