

## MO-TR-041 CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

### Schema di registrazione dei controlli pretrasfusionali

Controllo della compatibilit  immunologica teorica confrontando i dati presenti su ogni singola unit  con quelli della richiesta, referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilit  delle unit  con il paziente

Firma Medico..... Firma Op. San.....

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Check<br>1° Op. | Check<br>2° Op. |
|-----------------|-----------------|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

#### A LETTO DEL PAZIENTE

Ispezione unit  di emocomponenti per la presenza di anomalie

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome, nome e data di nascita

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli Riportati su ogni singola unit  da trasfondere

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

DATA...../...../.....

ORA.....

Firma 1° Operatore..... Firma 2° Operatore.....

Cognome\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_ Data di nascita\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo emocomponente\_\_\_\_\_ CDM\_\_\_\_\_