

SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA TRASFUSIONE
O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____ prov _____ data _____
Domicilio _____ località _____
Prov. _____ n. tel. _____

- A) Condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati: (1)
- 1) politrasfuso per emopatia cronica;
 - 2) trasfuso per evento acuto

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 1):

Tipo di prodotto: _____
Periodo di somministrazione: _____
Annotazioni: _____

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2):

Tipo di prodotto: _____ n° di unità _____
Data di somministrazione: _____
Luogo di somministrazione: _____
Annotazioni: _____

Informazioni relative all'infezione HIV:

Evento	data
Rilevamento sierologico	_____
Diagnosi di malattia	_____

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Evento	data
Rilevamento sierologici HBSAg	_____
Rilevamento sierologico Anti HCV	_____
Diagnosi di epatopatia irreversibile	_____
Data dell'avvenuto decesso	_____

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio:

Evento	data
Evento che ha determinato l'infezione	_____
Informazione relativa all'infezione da HIV	_____
Informazioni relative all'infezione da virus epatici	_____
Data dell'avvenuto decesso	_____

_____ li _____

(firma e timbro)

(1) Segnare la voce che interessa.