

ALLEGATO II (previsto dall'articolo 5, comma 2)
Parte A: NOTIFICA E CONFERMA DEGLI EFFETTI INDESIDERATI

Regione _____ (UNI) _____ Servizio Trasfusionale notificante _____ (UNI) _____

Paziente _____ Sesso[F] [M] Data di nascita ___/___/___ Data della trasfusione ___/___/___ Durata della trasfusione: Ore: _____ min. _____ Data dell'effetto indesiderato ___/___/___ Data della segnalazione ___/___/___

Altre informazioni cliniche rilevanti: (condizioni pre-esistenti del paziente) _____

Gravidanza / IVG [SI] [NO]	Pregresse reazioni trasfusionali [SI] [NO]	Anemia emolitica Autoimmune [SI] [NO]
Pregresse trasfusioni [SI] [NO]	Immunodepressione [SI] [NO]	Piastrinopenia autoimmune [SI] [NO]

Indicazione alla terapia trasfusionale (cod. UNI)

Luogo in cui è stata effettuata la trasfusione

<input type="checkbox"/> Emergenza/Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Day-Hospital	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Sala operatoria	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Domicilio

Codice Unità	Unità coinvolte		□ omologhe		□ autologhe
	Eritrociti	piastrine	plasma	granulociti/ leucociti	

<input type="checkbox"/> omogruppo	<input type="checkbox"/> leucodepleto	<input type="checkbox"/> da aferesi	<input type="checkbox"/> SD trattato
<input type="checkbox"/> compatibile	<input type="checkbox"/> plasmadepleto	<input type="checkbox"/> CMV negativo	<input type="checkbox"/> quarantenato
<input type="checkbox"/> deprivato di B.C.	<input type="checkbox"/> da buffy coat/PRP	<input type="checkbox"/> irradiate	
Altro _____			