



RICHIESTA TRASFUSIONE DOMICILIARE

MED/M8
Rev. 07
03/03/2025

RISERVATO AL MEDICO CURANTE

Paziente _____ nato/a il _____

residente in via _____ n° _____ Città _____ Telefono: _____

Diagnosi _____

Richiesta di n° _____ unità di globuli rossi concentrati

Emoglobina pretrasfusione: _____ gr/dL;

Richiesta di n° _____ unità di concentrati piastrinici

Plt pretrasfusione: _____ /mmc

La trasfusione sarà eseguita da: Medico Curante

Medico SAMOT Ragusa

Medico SAMOT Palermo

Il sottoscritto Dott. _____ cellulare n. _____

dichiara che il/la paziente non è in grado di recarsi autonomamente presso il SIMT e pertanto necessita di terapia trasfusionale a domicilio.

Si allega **una richiesta SSN** per gruppo sanguigno ABO Rh (D) (cod. [90.65.3](#)), Anticorpi antiertrociti (Test di Coombs indiretto) (cod. [90.49.3](#)), n° _____ prove di compatibilità (cod. [90.73.2](#)).

Data: _____

Timbro e firma del Medico Curante: _____

La provetta per le prove pre trasfusionali (1 provetta di sangue raccolto in EDTA 4-7 ml) deve riportare in modo univoco le generalità anagrafiche del paziente (cognome, nome, data di nascita), la data e l'ora del prelievo e la firma di chi ha effettuato il prelievo.

Si ricorda che gli emocomponenti richiesti saranno trasfusi entro un tempo massimo di 72 ore dalla ricezione della richiesta e dei campioni presso il SIMT.

PRELIEVO PROVE PRETRASFUSIONALI

Eseguito da _____

alle ore _____

del _____

Firma _____

RISERVATO AL SIMT

Richiesta pervenuta in accettazione/laboratorio (barrare quanto non interessa)

alle ore _____ del _____

Consegnata da _____ Firma di chi consegna _____

Accettata da _____

Firma di chi accetta (per verifica conformità) _____

Richiesta conforme Richiesta non conforme

Valutazione richiesta

Richiesta congrua

Richiesta incongrua

Firma del medico _____

SECONDO CAMPIONE CONTROLLO GRUPPO SI NO

Pervenuto al SIMT alle ore _____ del _____ Consegnato da _____ Firma di chi consegna _____

Accettato da _____ Firma di chi accetta _____