

AL SERVIZIO DI MEDICINA TRASFUSIONALE

PER: Cognome _____ Nome _____ Reparto _____ tel _____

Data di nascita ____/____/____ N° PRONTO SOCCORSO _____ o N° Cart.Clinica _____

SI RICHIEDONO LE SEGUENTI PRESTAZIONI:

- gruppo sanguigno (1 provetta in EDTA)
- Fenotipo Rh (1 provetta in EDTA)
- Tipizzazione eritrocitaria (1 provetta in EDTA)
- test di Coombs diretto (**DAT**) (1 provetta in EDTA)
- test di Coombs indiretto (**IAT**) (1 provetta in EDTA)
- Ricerca anticorpi antiplastrine (1 provetta a secco tappo rosso)
- Ricerca crioglobuline (1 provetta a secco tappo rosso mantenuta a 37°C)
- Ricerca crioagglutinine (1 provetta a secco tappo rosso + 1 provetta in EDTA mantenute a 37°C)

- ALTRO (specificare) _____

Ai fini della corretta interpretazione del risultato è indispensabile compilare i campi sottostanti:

Sospetto diagnostico _____

Dati anamnestici: gravidanze _____ se in gestazione indicare la settimana _____ aborti _____

Immunoprofilassi anti D _____ in data _____

trasfusioni _____ trapianto _____ terapie immunosoppressive _____

patologie associate _____

firma chiara e leggibile del Medico Richiedente

Catania, ____/____/____

- compilare la richiesta in tutte le sue voci in modo chiaro (A STAMPATELLO)
- riportare A STAMPATELLO sulla provetta nome,cognome,data di nascita del paziente e firma del prelevatore

inviare al SIMT

dalle ore 8:30 alle 13:30 per |_| ROUTINE in URGENZA |_| motivata da _____

Il referto in busta chiusa può essere ritirato a cura del personale del reparto o a cura del servizio navetta dell'Azienda Policlinico OVE presso la segreteria del SIMT dalle ore 8:30 alle ore 14:00.