

RICHIESTA ESAMI IMMUNOEMATOLOGIA

Presidio _____ U.O. _____ Tel. _____

Cognome _____	Nome _____
Data di nascita __/__/__	Sesso M/F
Luogo di nascita _____	Cod.Fisc. _____

ETICHETTA EVENTO

DIAGNOSI: _____

Gravidanze pregresse NO /SI n.____ Aborti NO/SI n.____
Gravidanze in atto NO/SI settimana di gestazione _____
Trasfusioni pregresse NO/SI n.____ data ultima _____
Reazioni Trasfusionali NO/SI emolitica/non emolitica/febbrile/orticaria
Immunizzazioni note NO/SI Anticorpo.....
Farmaci in atto/ultimi 2 mesi NO/SI _____

ESAMI RICHIESTI

- 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 crioagglutinine (1 provetta a secco tappo rosso/tappo giallo + 1 provetta in EDTA mantenute a 37°C)
- ALTRO (specificare) _____

Firma e timbro del Medico Richiedente Firma dell'Operatore del prelievo Data __/__/__

NB: 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 (Tel. 095 3781862 / 1905)
dalle ore 8:30 alle 13:30 per |_| ROUTINE in URGENZA |_| motivata da _____

N.B. le richieste o campioni non idonei verranno considerate non conformi e, valutata l'urgenza, non processate, seguirà segnalazione di non conformità mediante M-SQA 03-03-01 RICHIESTE NON CONFORMI

