

## Dati anagrafici del paziente

COGNOME		NOME		Nata/o il		SESSO	M	F
Dati unità emocomponente da trasfondere								

**PRIMA DELLA TRASFUSIONE**

Nominativo medico		Nominativo altro operatore		check medico	check altro oper.
<b>Attività</b>					
<b>controllo della compatibilità immunologica teorica</b> si esegue confrontando i dati presenti su ogni singola unità con quelli della richiesta, referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente					
<b>Verifica della presenza del consenso informato</b> si esegue accertando la presenza del consenso informato all'emotrasfusione debitamente compilato					
<b>Ispezione unità di emocomponenti</b>					
Osservazioni:	NO	SI			
Se SI, descrivere le eventuali anomalie:					

**A LETTO DEL PAZIENTE**

				check medico	check altro oper.
<b>Identificazione del ricevente:</b> richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome, nome e data di nascita					
<b>Identificazione del ricevente:</b> verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto					
<b>Identificazione del ricevente:</b> verifica dei dati identificativi con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere.					
Data	Ora	firma del medico	firma altro operatore*		

Parametri vitali prima della trasfusione	Ora	PA	Fc	Tc
--	-----	----	----	----

Ora inizio trasfusione	
------------------------	--

Parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	Ora	PA	Fc	Tc
---	-----	----	----	----

Note:

Data	Ora	firma del medico
------	-----	------------------

**ALLA FINE DELLA TRASFUSIONE**

Data	Ora fine della trasfusione
------	----------------------------

Parametri vitali alla fine della trasfusione (entro 60 minuti dalla fine della trasfusione)	Ora	PA	Fc	Tc
--	-----	----	----	----

Note:

Nominativo medico	firma del medico
-------------------	------------------

\*Altro medico, infermiere, ostetrica.

