

---

**ALLEGATO B**

**MODULO DI REGISTRAZIONE PROCEDURA DI PRODUZIONE ED UTILIZZO DI EMOCOMPONENTE AD USO NON TRASFUSIONALE**

**Struttura convenzionata:** \_\_\_\_\_

**Codice identificativo progressivo della procedura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Dispositivo impiegato per il prelievo e la produzione:**

Denominazione dispositivo: \_\_\_\_\_

Ditta produttrice: \_\_\_\_\_ Codice prodotto: \_\_\_\_\_

Lotto: \_\_\_\_\_ Scadenza: \_\_\_\_\_

**Tipologia prodotto:**

Concentrato piastrinico per uso infiltrativo  Gel piastrinico per uso topico

Colla di fibrina per uso topico

Altro (specificare)  \_\_\_\_\_

**Anagrafica paziente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Estremi del documento d'identità \_\_\_\_\_

Diagnosi (Indicazione al trattamento) \_\_\_\_\_

Procedura terapeutica \_\_\_\_\_

Medico responsabile \_\_\_\_\_

Ora inizio prelievo \_\_\_\_\_ Ora utilizzo prodotto \_\_\_\_\_

Volume ematico prelevato \_\_\_\_\_ Volume prodotto ottenuto \_\_\_\_\_

Sede di applicazione \_\_\_\_\_

Emocromo paziente effettuato da massimo 30 giorni (riportare almeno Emoglobina e Conta piastrinica)

\_\_\_\_\_

Conta piastrinica prodotto (se prevista) a campione \_\_\_\_\_

---

---

Conta leucocitaria prodotto (se prevista) a campione \_\_\_\_\_

Controllo Microbiologico a campione \_\_\_\_\_

Altri controlli sul prodotto (se previsti) specificare \_\_\_\_\_

Ottenuto consenso al trattamento con emocomponente ad uso non trasfusionale (Allegato D)

Ottenuto consenso al trattamento dei dati personali (Allegato E)

Firma e timbro del Medico \_\_\_\_\_

Il prodotto non è stato utilizzato

Motivo \_\_\_\_\_

Destino del prodotto non utilizzato \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico \_\_\_\_\_