
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 _____