 ATS Sardegna Azienda Tutela Salute ASSL Olbia	SERVIZIO TRASFUSIONALE AZIENDALE – ASSL OLBIA	Rev. 0
	MODULO 5	Cod. CT Mod. 5
		Pag. 1 di 1

Segnalazione Evento Avverso/Incidente
Emocomponenti ad uso non Trasfusionale

Struttura Sanitaria.....

Indirizzocittà.....CAP.....

Riferimento normativo per la segnalazione

Telefono.....fax.....email.....

Dati paziente

Cognome..... Nome.....

Data nascita...../...../..... CF.....

Segnalazione: ☐ **Evento Avverso** ☐ **Incidente**

Emocomponenti per uso non trasfusionale

Tipo prodotto	Codice	Data ed ora di preparazione	Data ed ora di applicazione


Segni e sintomi della reazione

	Prurito		Shock
	Orticaria		Cianosi
	Anafilassi		Dispnea
	Brividi		Nausea vomito
	Febbre (aumento >2° C)		Dolore toracico
	Reazione vasomotoria		Tachicardia
	Ipotensione		Altro

Gravità

0	Nessun ritorno	0	Risoluzione entro 24 ore
1	Sintomatologia lieve (non intervento terapeutico)	1	Risoluzione entro pochi giorni
2	Sintomatologia acuta (si intervento terapeutico)	2	Risoluzione completa entro 6 mesi

Data ed ora evento avverso ____/____/____ **h**____:____

 ATS Sardegna Azienda Tutela Salute ASSL Olbia	SERVIZIO TRASFUSIONALE AZIENDALE – ASSL OLBIA MODULO 5	Rev. 0 Cod. CT Mod. 5 Pag. 1 di 1
--	---	--

Anamnesi

.....

.....

.....

Farmaci ed emoderivati somministrati al paziente

.....

.....

.....

Stato del paziente

☐ Cosciente e collaborante
 ☐ Cosciente
 ☐ non cosciente

Descrizione incidente processo di produzione e di utilizzo

.....

.....

.....

Note

.....

.....

.....

Data segnalazione

Cognome e Nome segnalatore..... Firma.....

Da inviare a

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO SIMT

Indagini eseguite

.....

.....

.....

Conclusioni

.....

.....

.....

Data

Cognome.....Nome.....

Firma.....