

 ATS Sardegna Azienda Tutela Salute ASSL Olbia	SERVIZIO TRASFUSIONALE AZIENDALE – ASSL OLBIA MODULO 4	Rev. 0 Cod. CT Mod. 3 Pag. 1di 1
--	---	---

SCHEDA REPORT PERIODICO DI ATTIVITA' PRODUZIONE EMOCOMPONENTI USO NON TRASFUSIONALE

REPORT RELATIVO AL MESE DI/anno.....

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA	
INDIRIZZO	
NUMERO PAZIENTI <u>VALUTATI</u> PER IDONEITÀ Al trattamento con emocomponenti per uso non trasfusionale	
NUMERO DI PAZIENTI <u>IDONEI</u>	
CAUSE DI NON <u>IDONEITA'</u>	
NUMERO PROCEDURE EFFETTUATE	
NUMERO CQ EFFETTUATI	
NUMERO CQ CON PIASTRINE > 1 x 10 ⁶ /μL	
NUMERO TEST DI STERILITA' EFFETTUATI	
NUMERO TEST DI STERILITÀ POSITIVI (specificare microrganismo ed allegare antibiogramma)	
EVENTI AVVERSI (numero tipo severità)	

DATA.....

REDATTO DA (stampatello).....

Firma