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

Scheda di produzione emocomponenti per uso non trasfusionale e follow up

Struttura Sanitaria

Indirizzo città CAP

Dati paziente Cognome Nome

Data nascita / / CF


Segnalazione: ☐ **Evento Avverso** ☐ **Incidente secondario all'utilizzo di Emocomponenti per uso non trasfusionale**

Struttura Paziente: Cognome Nome Data di nascita / / CF			Etichetta del prodotto con dati del paziente
Tipo di prodotto	<input type="radio"/> Gel piastrinico <input type="radio"/> Conc. Piastr. Liquido	<input type="radio"/> Siero <input type="radio"/> Altro (specificare)	
Kit preparazione	Ditta	Lotto	Scadenza
Controllo Qualità	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> emocromo	<input type="radio"/> Controllo microbiologico
Preparato da:	Cognome Nome	Firma	Data
Applicato da:	Cognome Nome	Firma	Data
Somministrazione	<input type="radio"/> Applicazione topica	<input type="radio"/> Infiltrazione	dosaggio

Il modulo deve essere custodito presso gli archivi della Struttura Sanitaria ed eventualmente accessibile da parte del Responsabile del Servizio Trasfusionale

Follow-up

Controllo quadro clinico a 6 mesi Data Firma
Controllo quadro clinico a 12 mesi Data Firma

 <p>ATSSardegna Azienda Tutela Salute ASSL Olbia</p>	<p>SERVIZIO TRASFUSIONALE AZIENDALE – ASSL OLBIA</p> <p>MODULO 3</p>	<p>Rev. 0</p> <p>Cod. CT Mod. 3</p> <p>Pag. 1 di 1</p>
--	--	---