G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio di Immuno-Ematologia e Trasfusionale	**SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEI CONTROLLI PRE-TRASFUSIONALI MODELLO H DM 2/11/2015**	**Rev. 1 del 23.09.2020**

NOME E COGNOME PAZIENTE:…….

DATA DI NASCITA: ……

BRACCIALETTO N°: ……..

FIRME OPERATORI LEGGIBILI

	Check 1° op.	Check 2° op.
Controllo della compatibilità immunologica teorica confrontando i dati presenti su ogni singola unità con quelli della richiesta, referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente		

Firma Medico…….Firma Infermiere ……

A LETTO DEL PAZIENTE

Ispezione unità di emocomponenti per la presenza di anomalie

Codice unità:…… GRC ☐ PLT ☐ PLASMA ☐		
Codice unità:…… GRC ☐ PLT ☐ PLASMA ☐.		
Codice unità:…… GRC ☐ PLT ☐ PLASMA ☐		
Codice unità:…… GRC ☐ PLT ☐ PLASMA ☐		
Identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi, cognome, nome e data di nascita		
Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto		
Identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere		

Data……/……/…… ORA……..

Firma 1° Operatore-Medico…….. Firma 2° Operatore- Infermiere…….