

REGISTRAZIONE DEI CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

NOME E COGNOME PAZIENTE ;

DATA DI NASCITA :

BRACCIALETTO N° :

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 Op. San.....

Check 1° Op.	Check 2° Op.
-----------------	-----------------

--	--

A LETTO DEL PAZIENTE

Ispezione unità di emocomponenti per la presenza di anomalie

--	--

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..... Firma 2° Operatore.....