

G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio di Immuno-Ematologia e Trasfusionale	INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE RICHIESTE DI EMOCOMPONENTI PER PAZIENTI DOMICILIARI	RO12.17 Rev. 0 Data 07/05/2025 Pag. 1 di 1
--	--	---

U.O.C. Medicina Trasfusionale
Presidio Riuniti 3206586158
Presidio Morelli 0965393820
Direttore Dr. Alfonso Trimarchi

Rif. IO 12.6

Il Medico responsabile che ha in carico il paziente compila la richiesta sul ricettario regionale / ricetta dematerializzata inserendo i codici della tabella seguente, specificando la non differibilità della trasfusione, la non trasportabilità del paziente, l'indicazione (Hb) e la diagnosi.

La richiesta **deve essere firmata dal medico** in modo tale da consentire di risalire agevolmente all'identità del richiedente, mediante l'uso del timbro identificativo. La firma del richiedente attesta la verifica dell'appropriatezza della richiesta, nonché la responsabilità.

Il Medico Curante dovrà riportare sulla ricetta i seguenti codici relativi alle prestazioni richieste:

CODICE	ESAME	QUANTITA'
90.65.3. L	Gruppo sanguigno ABO e Rh	1 in K3 (alla prima trasfusione)
90.65.4. L	Gruppo sanguigno ABO/RH CONTROLLO	1 in K3 (sempre)
90.49.3. L	Anticorpi Antieritrocitari (Test di Coombs Indiretto)	
90.73.2. L	Prova crociata di compatibilità trasfusionale NB. la quantità deve corrispondere al n° di unità richieste	
90.62.2. L	Emocromo: Hb GR GB HCT PLT	

I campioni devono essere identificati con **cognome, nome e data di nascita, sesso** del paziente, devono riportare la **data e ora del prelievo** e recare la **firma del responsabile del prelievo**. La firma del responsabile del prelievo, che **può essere l'infermiere o il medico**, attesta la corretta identificazione del paziente e la correttezza dei dati riportati (D.M. 02/11/2015). **La richiesta dovrà essere registrata presso il CUP Presidio Riuniti e successivamente consegnata al Servizio Trasfusionale dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 17.30 e il sabato dalle ore 08.00 alle ore 12.30. Pertanto anche la consegna degli emocomponenti per i pazienti domiciliari avverrà solo nei giorni e negli orari indicati.**

Nel caso di:

- ✓ **Paziente di gruppo noto** (paziente con precedente tipizzazione di gruppo)
è sufficiente il campione relativo alle **prove di compatibilità** (provetta in K3)
- ✓ **Paziente di gruppo sconosciuto** (paziente senza precedenti tipizzazioni di gruppo): oltre al campione relativo alla richiesta di prove di compatibilità è necessario un secondo campione prelevato **in un tempo diverso da quello per prove di compatibilità, possibilmente da un diverso operatore, con nuova identificazione attiva del paziente** (provetta in K3). Il referto verrà allegato alle unità al momento del ritiro.

Le provette possono essere ritirate presso il SIMT. Le richieste possono pervenire al SIMT mediante familiari del paziente, purché opportunamente identificati. In caso di trasfusioni periodiche e ravvicinate sono accettate impegnaive cumulative secondo il massimale di prestazioni consentite dalla vigente legge.

AD OGNI TRASFUSIONE:

Modulo di consenso informato, compilato e debitamente firmato dal paziente e dal sanitario, da restituire al Servizio di Medicina Trasfusionale (SIT)

IMPORTANTE

A trasfusione avvenuta restituire al SIT

- **Report modulo compilato assegnazione e avvenuta trasfusione**
- **Sacche vuote per eliminazione rifiuti speciali. Mod RO 6.3 in caso di restituzione unità non trasfusa**
- **Consenso informato, Mod H e in caso di reazioni trasfusionali Mod RO 6.2**