

G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio di Immuno-Ematologia e Trasfusionale	REGISTRAZIONE RICHIESTA / REFERTAZIONE TEST IMMUNOEMATOLOGICI IN CASO DI BLOCCO DEL SGI	R.G7.2 Rev. 0 Data 14.06.21
--	---	-----------------------------------

SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

UOC RICHIEDENTE: _____

Paziente: NOME: _____ COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: ____/____/____ Sesso F ☐ M ☐

DATA PRELIEVO: _____ ORA PRELIEVO: _____

FIRMA PRELEVATORE: _____ FIRMA MEDICO: _____

<u>A CURA DELLA UOC RICHIEDENTE</u>	<u>A CURA DEL SIT</u>		
<i>TIPOLOGIA TEST (barrare con X)</i>	<i>RISULTATO</i>	<i>FIRMA TSLB</i>	<i>FIRMA MEDICO</i>
GRUPPO ☐			
GRUPPO DI CONTROLLO ☐			
FENOTIPO ☐			
TCI ☐			
TCD ☐			
T&S ☐			

NB: È OBBLIGATORIO RIPORTARE I DATI NEL SGI, DOPO RIPRISTINO DELLA FUNZIONALITÀ