G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio di Immuno-Ematologia e Trasfusionale	REGISTRAZIONE **RICHIESTA GLOBULI ROSSI CONCENTRATI**	**R12.1** **Rev. 1** **Data 06.03.2023**

RICHIESTA EMAZIE CONCENTRATE

Consegnata da _____ il ___/____/___ _ ore_____

UOC: **Medico richiedente** (stampatello)_____Firma_____

Cognome ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Sesso** ☐ **M F** ☐

Nato il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **GRUPPO** _____

Diagnosi_____ **Hb** _____ **(<10 g/dL) Htc** _____**(<30%) Data** _____

INDICAZIONI INAPPROPRIATE ALLA TRASFUSIONE DI ERITROCITI

- **Hb superiore a 10 g/dl (per i neonati v. sotto).**
- **Espansione del volume ematico.**
- **In sostituzione di ematinici (Fe, B12, folati, ecc.).**
- **A scopo ricostituente**
- **Per accelerare la guarigione delle ferite**

INDICAZIONI *(barrare)*	LINEE GUIDA
☐ **Intervento chirurgico programmato con fabbisogno trasfusionale previsto > 2 EC.**	Vedi Proposta di Richiesta Massima di EC per Tipo di Intervento (Maximum Surgical Blood Order Schedule – **MSBOS**)
☐ **Emorragia acuta**	Trasfondere EC dopo una **perdita ematica (quando misurabile) pari a 20% della volemia totale (circa 1000 ml nell'adulto)**, con valore di Hb di base normale (> 12 g/100 ml).
☐ **Valori di Hb <8g/dl Hb**	**Indicazione alla trasfusione di EC**, tranne che per alcune eccezioni (vedi sotto). In caso di anemia cronica, il paziente sopporta in genere anche valori di Hb inferiori a 8 g/dl, intorno a 6-7 g/dl.
☐ **Valori di Hb <9-10g/dl Hb**	Trasfondere EC in quei casi che presentano **marcata diminuzione dell'ossigenazione concomitante** (anormalità della funzione cardiocircolatoria o respiratoria, pazienti anziani, ecc.), nella talassemia e nel neonato.
☐ **Neonato con Hb <13 g/dl**	**Nelle prime 24 ore di vita** o in presenza di insufficienza cardiaca o respiratoria.
☐ **Altra Indicazione (Unità predepositata/e)**	

N° di Unità richieste _____

(adulto: 1 U EC aumenta l'Hb di circa 1 g/dL o l'Htc di circa il 3% - pazienti pediatrici: 5 mL/Kg d EC aumentano l'Hb di circa 1 g/dL)

☐ **Urgentissima (senza prova di compatibilità)** ☐ **Urgente (entro 1 ora)** ☐ **Non urgente per il** _____

Dichiaro che il/la paziente è stato/a informato/a sui vantaggi e rischi della terapia trasfusionale, ha interamente compreso le informazioni ed acconsente alla trasfusione, come riportato in cartella clinica. Attesto che i campioni di sangue allegati alla presente richiesta appartengono al paziente suddetto (art. 27 D.M. 25/01/01).

DATA_____**Ora:**_____ **Firma del medico**_____

Riservato al SIT

Gruppo Sangue _____ ***2° controllo gruppo*** _____

P.C. ☐ *T&S* ☐	*P.C.* ☐ *T&S* ☐	*P.C.* ☐ *T&S* ☐	*P.C.* ☐ *T&S* ☐	*P.C.* ☐ *T&S* ☐
c☐ *nc*☐ *n°*	*c*☐ *nc*☐ *n°*	*c*☐ *nc*☐ *n°*	*c*☐ *nc*☐ *n°*	*c*☐ *nc*☐ *n°*

Unità consegnata/e a _____ _____ il _____ ora _____

IL TRASFUSIONISTA (stampatello)_____ Firma_____