

G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio di Immuno-Ematologia e Trasfusionale	REGISTRAZIONE RICHIESTA PIASTRINE	R12.2 Rev. 1 Data 06/03/2023
--	--------------------------------------	------------------------------------

RICHIESTA CONCENTRATI PIASTRINICI Consegna da _____ il ____/____/____ ore _____

REPARTO : _____ Medico richiedente (stampatello) _____ Firma _____

Cognome																	
Nome																Sesso	M F
Nato il																Gruppo Sangu	

Diagnosi _____ Piastrine _____

INDICAZIONI **INAPPROPRIATE** ALLA TRASFUSIONE DI PIASTRINE

• Porpora post trasfusionale	• Porpora Trombotica Trombocitopenica (PTT)	• Porpora indotta da eparina (HIT)
------------------------------	---	------------------------------------

INDICAZIONI (barrare) E LINEE GUIDA

☐	Piastrinopenia iporigenerativa e da consumo <10.000/ μ l: Leucemia acuta (esclusa la leucemia promielocitica), trapianto di cellule staminali, piastrinopenia cronica stabile (per es. da mielodisplasia e mieloaplasia), senza segni di emorragie e di rischi aggiuntivi di emorragia (per es. infezioni, coagulopatie). <20.000/ μ l: Età neonatale, presenza di segni minori di emorragia (per es. petecchie), di rischi addizionali di emorragia (leucemia promielocitica, febbre > 38 °C, infezioni, coinvolgimento del SNC, deficit plasmatici della coagulazione, assunzione di anticoagulanti), Biopsie midollari, impossibilità di stretta supervisione clinica. <50.000/ μ l: Per alcuni piccoli interventi con rischio emorragico elevato (per es. rachicentesi, biopsia transbronchiale ecc.) e grandi interventi (eccetto interventi di oculistica e di neurochirurgia, v. sotto), nel corso di emotrasfusioni massive (> 1.5 – 2 volte il volume ematico del paziente), Coagulazione Intravascolare Disseminata (CID) acuta, prematurità neonatale <100.000/ μ l: In fase perioperatoria di interventi chirurgici sul cervello e sull'occhio
☐	Deficit funzionale piastrinico (congenito o acquisito) Trasfusioni piastriniche raramente indicate, solo in caso di emorragia o nel periodo perioperatorio.
☐	Trombocitopenia autoimmune Solo per episodi di emorragia maggiore e/o pericolosa (per es. gravi emorragie intestinali, endocraniche, endooculari).
☐	Trombocitopenia neonatale alloimmune Trasfusioni con concentrati piastrinici di donatori privi dell'antigene in causa (eventualmente della madre, lavate e irradiate).
☐	Altra Indicazione
	N° di Unità richieste _____ ☐ Plt Random ☐ Plt Aferesi
☐	☐ Urgentissima ☐ 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 _____ Firma del Medico _____

Riservato al SIT	Gruppo Sangu _____	2° controllo gruppo _____

Unità consegnata/e a _____ il _____ ora _____

IL TRASFUSIONISTA (stampatello) _____ Firma _____