G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio di Immuno-Ematologia e Trasfusionale

SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEI CONTROLLI PRE-TRASFUSIONALI MODELLO H DM 2/11/2015

Rev. 1 del 23.09.2020

NOME E COGNOME PAZIENTE:		
DATA DI NASCITA:		
BRACCIALETTO N°:		
FIRME OPERATORI LEGGIBILI	Check	Check
Controllo della compatibilità immunologica teorica confrontando	1° op.	2° op.
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 MedicoFirma Infermiere		
A LETTO DEL PAZIENTE		
Ispezione unità di emocomponenti per la presenza di anomalie		
Codice unità: GRC □ PLT □ PLASMA □		
Codice unità: GRC □ PLT □ PLASMA □.		
Codice unità: GRC PLT PLASMA		
Codice unità: GRC D PLT D PLASMA D		
Identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi,	T	
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	ı	
sa ogni singola anita da trasionacio		
Data/ ORA		

Firma 1° Operatore-Medico...... Firma 2° Operatore- Infermiere......