

NOME E COGNOME PAZIENTE: .....

DATA DI NASCITA: .....

BRACCIALETTO N°: .....

**FIRME OPERATORI LEGGIBILI**

Controllo della compatibilità immunologica teorica confrontando 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

Check 1° op.	Check 2° op.
-----------------	-----------------

--	--

Firma Medico.....Firma 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  PLT  PLASMA

--	--

Identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi, 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

--	--

Data...../...../..... ORA.....

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