

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

## Schema di registrazione dei controlli pretrasfusionali

(Allegato VII lettera H – Decreto 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti)

	Check 1° Op.	Check 2° Op.
<b>Controllo della compatibilità immunologica teorica</b> 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		

Firma Medico .....

Firma Op. Sanitario .....

<b>Al letto del paziente</b>	Check 1° Op.	Check 2° Op.
<b>Ispezione unità di emocomponenti</b> per la presenza di anomalie		
<b>Identificazione del ricevente:</b> richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome, nome e data di nascita		
<b>Identificazione del ricevente:</b> verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto		
<b>Identificazione del ricevente:</b> verifica dei dati identificativi con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere		

**Reminder:** rilevare e registrare in grafica i segni vitali (temperatura, frequenza cardiaca, pressione arteriosa) immediatamente prima dell'inizio della trasfusione e non oltre 60 minuti dal termine della trasfusione

Data ...../...../.....

Ora .....

Firma 1° Operatore ..... Firma 2° Operatore .....