

ALLEGATO 1



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

IRCCS
LAZZARO SPALLANZANI



ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
"Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Istruzioni operative per l'invio di campioni relativi al protocollo Plasma da donatori guariti da COVID-19

Ai fini degli accertamenti relativi alla donazione di plasma da donatori guariti da COVID-19 (Nota integrativa Protocollo n. 383270 del 28.04.2020) si riportano le istruzioni operative su tipologia di campioni, trasporto e consegna dei campioni al Laboratorio di Virologia dell'INMI "L. Spallanzani", individuato laboratorio di riferimento regionale per la valutazione dei donatori in relazione a:

- HAV RNA, HEV RNA e PVB19 DNA.
- presenza di adeguati livelli di anticorpi neutralizzanti anti SARS-CoV-2

I campioni vanno inviati a:

Laboratorio di Virologia
Direttore: Maria Rosaria Capobianchi
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani"
Via Portuense 292
00149. Roma

Prima di inviare campioni, è necessario contattare il laboratorio.

Il Laboratorio di Virologia è attivo **h24**.

Il virologo di turno può essere reperito ai seguenti numeri:

- 0655170666
- 3204343793

Ulteriori recapiti utili:

Accettazione: tel 0655170674; fax 0655170676

Segreteria: fax 065594555

1. Tipologia dei campioni e modalità di invio

Vanno inviate 4 provette da siero preferibilmente con gel, da 7,5 ml (sangue senza anticoagulante)

I campioni vanno mantenuti refrigerati (+4-8°C) prima dell'invio. Il trasporto al Laboratorio deve essere effettuato entro il più breve tempo possibile, preferibilmente entro le 24 ore e a temperatura di refrigerazione. Per tempi di consegna più prolungati, vanno presi accordi con il laboratorio per stabilire le modalità più opportune di preparazione e conservazione dei campioni.

Su ogni singolo campione deve essere apposta un'etichetta riportante a chiare lettere il nome del donatore e la data di prelievo. Le informazioni riportate sulle provette devono essere coerenti con quelle inserite nell'allegato A2.

I prelievi devono essere accompagnati da:

- **Scheda ricerca anticorpi specifici per SARS-CoV-2**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

IRCCS
LAZZARO SPALLANZANI



ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
"Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

- **Allegato A2 compilato in ogni sua parte. In calce all'allegato A2 va specificato il recapito al quale inviare il referto. Si raccomanda di indicare tutti i dati anagrafici relativi al donatore (CF, data di nascita, etc..)**

La compensazione dei costi per i test verrà effettuata in base alla tariffazione secondo il codice CUR vigente per le prestazioni ambulatoriali, o, in mancanza di un test corrispondente nel CUR, in base al tariffario Istituzionale corrente.

2. Confezione e trasporto

Il trasporto dei campioni al laboratorio va eseguito secondo le modalità correntemente adottate per il sistema trasfusionale. I campioni vanno mantenuti refrigerati (+4-8°C) prima dell'invio.

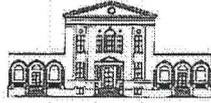
Si sottolinea la necessità di un preventivo contatto con il laboratorio

Si raccomanda di indicare chiaramente nell'allegato A2 il recapito per la trasmissione dei risultati, possibilmente PEC.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

IRCCS
LAZZARO SPALLANZANI



ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
"Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Scheda ricerca anticorpi specifici per SARS-CoV-2

Medico richiedente _____

(scrivere in stampatello)

Reparto _____

Recapito telefonico _____

PAZIENTE:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita: / /

Sesso: M F

Paziente sintomatico: Si No

se Si: specificare data presunta inizio sintomi /

Risultato test molecolare (se noto): positivo indeterminato negativo
non eseguito

NOTE (sospetto clinico e/o motivo della richiesta)

POSSIBILE DONAZIONE DI PLASMA IPERIMMUNE

Data / /

Firma del medico richiedente _____



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

IRCCS
LAZZARO SPALLANZANIISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
"Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere ScientificoSALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ALLEGATO "A"/2 (COVID-19)

DA	RICHIEDENTE: _____ RAGIONE SOCIALE (SE DIVERSA DAL RICHIEDENTE): _____ INDIRIZZO: _____ PARTITA IVA: _____
A	ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE LAZZARO SPALLANZANI - I.R.C.C.S.

Identificazione del Paziente: Cognome _____ Nome _____
 CF _____ Data di nascita _____
 Reparto di provenienza _____

Campioni inviati:

 Siero

ESAMI RICHIESTI	
• HAV RNA, HEV RNA e PVB19 DNA	
• Presenza di SARS-CoV-2 IgG	
• Titolazione anticorpi neutralizzanti anti SARS-CoV-2	

II MEDICO RICHIEDENTE (Nome in stampatello)

Firma del richiedente

DATA _____

Recapiti per le comunicazioni: _____

INDIRIZZO PEC DOVE INVIARE I REFERTI _____

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE MEDICO/SANITARIO DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'U.O. DELL'ISTITUTO "L. SPALLANZANI" - CHE EFFETTUA LA PRESTAZIONE

PRESTAZIONI ESEGUITE IL: _____

PRESTAZIONI ESEGUITE	IMPORTO	PRESTAZIONI ESEGUITE	IMPORTO

FIRMA E TIMBRO DI CHI EFFETTUA LA PRESTAZIONE

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO