

PREMESSA

- La Casa di Cura Maria Eleonora Hospital s.r.l. con nota prot. 77/MC/2014 del 10.11.2014 ha manifestato l'interesse al rinnovo dei rapporti già intrattenuti con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" e, per essa, con l'U.O.C. di Immunoematologia e TrASFusionale del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio per l'espletamento di tutte le prestazioni di medicina trasfusionale necessarie al funzionamento degli ambulatori e/o reparti essendo quest'ultima l'Ente competente per territorio;

CONVENZIONE

TRA

La Casa di Cura Maria Eleonora Hospital s.r.l. - Società del Gruppo Villa Maria S.p.A con sede in Palermo Viale Regione Siciliana, n. 1571 P.IVA 03790910826 nella persona del Legale Rappresentante Dott. Aldo Panci nato a Palermo il 30.08.1963 domiciliato per la carica in Palermo in Via le Regione Siciliana - C.A.P. 90135 (di seguito denominata Casa di Cura).

E

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo cod. fisc./P.IVA n. 05841790826 con sede in Palermo - Via del Vespro 129, nella persona del Direttore Generale dott. Renato Li Donni nato a Palermo il 27/01/1957 e domiciliato per la carica a Palermo in Via del Vespro, 129 (di seguito denominata A.O.U.P.).

di seguito denominata singolarmente "parte" o congiuntamente "parti"

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art.1

NATURA DELLA CONVENZIONE

L'A.O.U.P. e per essa l'U.O. di Immunoematologia e TrASFusionale del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio si impegna ad espletare le prestazioni professionali richieste in favore dei pazienti assistiti dalla Casa di Cura.

L'attività professionale richiesta sarà prestata come attività istituzionale dall'Unità Operativa di Immunoematologia e TrASFusionale del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio e dovrà essere eseguita durante l'orario di servizio dal personale coinvolto, rientrando la stessa tra i compiti che il medesimo personale è istituzionalmente tenuto ad eseguire nell'ambito della struttura d'appartenenza.

Art.2

DISTRIBUZIONE

L'A.O.U.P. e per essa l'Unità Operativa di Immunoematologia e TrASFusionale del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio si impegna a fornire agli assistiti della Casa di Cura dotata solo di frigoemoteca, i seguenti prodotti con le caratteristiche previste dalla normativa vigente in materia:

1. unità di emocomponenti, omologhe ed autologhe;



2. unità di emocomponenti da aferesi;
3. Plasmavirus inattivato e/o specialità medicinali (plasmaderivati a lunga conservazione) ottenuto da plasma proveniente da donatori periodici e frazionato presso l'industria convenzionata con la Regione ai sensi dell'art. 10, comma 4 della legge 4 maggio 1990, n. 107;
4. Emocomponenti ad uso non trasfusionale, Gel Piastrinico e Colla di fibrina, autologhe e/o omologhe.

Art. 3

ESAMI DI LABORATORIO

L'A.O.U.P. e per essa l' U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio si impegna ad eseguire, se richiesto, sui campioni di sangue prelevati dal personale sanitario della Casa di Cura ai propri assistiti quanto segue:

1. determinazione del gruppo sanguigno sistema RH ed altri sistemi gruppo ematici necessari;
2. ricerca, identificazione e titolazione di anticorpi irregolari;
3. esami di immunoematologia pre-trasfusionali;

Il campionamento dei prelievi deve avvenire secondo la procedura prevista (vedi allegato A).

Art. 4

PRESTAZIONI DI MEDICINA TRASFUSIONALE

L'A.O.U.P. si impegna con l'utilizzo del proprio personale medico, con modalità che verranno concordate con la Direzione Sanitaria della Casa di Cura, a fornire agli assistiti della suddetta istituzione:

1. attività consulenza di medicina trasfusionale;
2. servizio di aferesi terapeutica;
3. procedure di autotrasfusione.

Art. 5

RICHIESTA DI EMOCOMPONENTI

1. Le richieste di emocomponenti (allegato B, emazie concentrate, allegato C plasma/piastrine), di emoderivati o di gruppo sanguigno (Allegato D) devono essere redatte dal medico richiedente su apposito modulo il cui format è fornito dalla struttura trasfusionale, compilato in ogni sua parte, con firma leggibile e timbro e devono essere conformi a quanto richiesto dalle specifiche norme in vigore;
2. Salvo i casi di comprovata urgenza, le richieste devono pervenire entro e non oltre le ore 12.00 di ciascun giorno feriale e comunque non più tardi delle ore 14.00;
3. Per le richieste di emocomponenti di secondo livello, ottenuti da prelievi in aferesi, per le richieste di plasma exchange, citoaferesi, produzione di gel piastrinico, colla di fibrina e di consulenza trasfusionale, deve essere dato un preavviso di almeno 24 ore, salvo i casi di comprovata urgenza;
4. Il servizio di Immunoematologia e Trasfusionale si impegna ad evadere le richieste pervenute nei termini suddetti entro le ore 8,00 del giorno successivo.

Art. 6

FRIGOEMOTECA

1. La responsabilità della frigoemoteca è affidata al direttore sanitario della sede di ricovero Dr. Rosario Aldo Panci.
2. Al fine di assicurare la necessaria continuità operativa, il direttore sanitario della sede di ricovero affida al dirigente medico dott. Angelo Palmeri, coadiuvato dai caposala di sala operatoria e terapia intensiva, la gestione del servizio di emoteca. L'emoteca è allocata nel locale antistante il reparto di terapia intensiva della Casa di Cura che provvederà, con personale proprio, ai compiti di seguito indicati, che verranno svolti sulla scorta delle indicazioni impartite dal responsabile della struttura trasfusionale.
Detti compiti consistono:
 - nel raccogliere la domanda trasfusionale, verificarne la corretta formulazione e trasmetterla all' U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale;
 - nella conservazione delle unità trasfusionali assegnate al singolo malato dalla U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale;
 - nella conservazione delle unità di sangue per autotrasfusione prelevate anche nella casa di cura esclusivamente da personale della struttura trasfusionale competente, la quale provvede alle opportune registrazioni, per garantire la tracciabilità;
 - nella conservazione delle unità di globuli rossi concentrati da utilizzare in caso di emergenza" Scorta Emergenza O Rh Negativo";
 - nella gestione del movimento delle unità trasfusionali e nella tenuta del registro di carico e scarico;
 - nel provvedere al controllo e nel disporre gli interventi di manutenzione delle dotazioni strumentali che ne supportano l'attività.
3. Il Direttore Sanitario nomina il dott. Angelo Palmeri quale referente per lo sviluppo delle attività inerenti la promozione della donazione autologa, dell'autotrasfusione e del buon uso degli emocomponenti ed emoderivati. Il medico referente verifica presso i reparti l'attuazione delle linee guida relative alla pratica trasfusionale e al ricorso all' autotrasfusione;
4. La frigoemoteca sarà dotata di 2 unità di Emazie Concentrate O Rh negativo Scorta per l'emergenza;
5. Gli emocomponenti devono essere trasfusi utilizzando esclusivamente i set di trasfusione in dotazione all'emocomponente e consegnati dall' U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale;

Art. 7

RICHIESTE TRASFUSIONALI

1. In caso di particolare necessità, ove il medico curante non possa inviare il campione di sangue del ricevente, per l'esecuzione di prove di compatibilità, la richiesta dovrà contenere, oltre le generalità del ricevente, una dichiarazione dalla quale risultino le motivazioni del mancato invio del campione richiesto;
2. Le richieste dovranno specificare chiaramente il gruppo sanguigno ABO, il fattore Rh del



- ricevente se noti; nel caso in cui non lo siano, questo dovrà risultare nella richiesta stessa;
3. Per le richieste urgenti di unità di sangue ed emocomponenti deve essere concesso un tempo minimo di 30 minuti dal momento dell'arrivo, presso l'U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale dell'A.O.U.P. delle richieste e delle provette, per l'esecuzione della prova di compatibilità con procedure di urgenza.
 4. Per facilitare la risposta delle richieste urgenti e urgentissime di sangue e di emocomponenti, il medico richiedente della Casa di Cura darà un preavviso telefonico e/o a mezzo fax, definendo la disponibilità di tempo e il grado di urgenza della stessa.

Art. 8

MODALITA' DI ASSEGNAZIONE E RESTITUZIONE

1. Salvo i casi di urgenza, di cui al precedente articolo, per cui l'U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale dell' A.O.U.P. metterà a disposizione della Casa di Cura il proprio servizio continuato 24 ore su 24 presso la propria sede le richieste di cui all'art. 6 dovranno pervenire all' U.O.C. di Immunoematologia e Trasfusionale dell'A.O.U.P. mediante un collegamento giornaliero, che deve essere effettuato dalla Casa di Cura, entro le ore 12.00 di ciascun giorno feriale e comunque non più tardi delle ore 14.00; l'U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale si impegna ad evadere le richieste pervenute nei termini suddetto entro le ore 8,00 del giorno successivo.
2. Il medico responsabile della frigoemoteca della Casa di Cura, in caso di mancato utilizzo dell'unità trasfusionale richiesta, provvederà alla tempestiva restituzione, e comunque non oltre le 72 ore dall'esecuzione delle prove di compatibilità pre-trasfusionali, della stessa, accompagnandola con il modulo che attesti il motivo del mancato utilizzo e lo stato di conservazione.

3. Richiesta di emocomponenti in Elezione

Il campionamento del prelievo deve avvenire secondo la procedura prevista in allegato A (richiesta di gruppo). Responsabili Medico e Inf. Professionale

Invio campione/richiesta entro le ore 12,00 al ST - Ritiro emocomponenti entro le ore 18,00 al ST. Per richieste pervenute dopo le ore 14.00 la consegna differirà al giorno successivo

4. **Richiesta Emocomponenti in Urgenza: trasfusione da eseguire entro 60 min.**

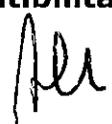
Responsabili Medico e Inf. Professionale

In caso di inoltro di richiesta di emocomponenti concomitante a richiesta di gruppo, il secondo campione sarà inviato al momento del ritiro dell'unità.

5. Richiesta URGENTISSIMA

Come previsto dagli art.28 del DM 27/12/1990 e art.5 del DM 1/09/1995 e art. 14 DM del 25/01/2001, in ragione della distanza dal SIMT e a tutela del paziente critico che deve essere trasfuso immediatamente, si dota di 2 unità di emazie gruppo O Rh Negativo, la frigoemoteca della Casa di Cura GVM, scorta per l'emergenza.

Una parte del collarino delle unità date per la scorta dell'emergenza, identificate con codice UNI , saranno mantenute presso il SIMT per le eventuali compatibilità.



Il medico o l'infermiere strutturato del reparto dove si verifica l'emergenza, su indicazione del rianimatore :

- **Preleva dalla frigoemoteca una unità di concentrato eritrocitario ORh negativo segnando sul registro di carico/scarico il nome cognome del paziente, la data e l'ora, il reparto di ricovero del paziente ed appone la propria firma.**
- **Allerta il medico del Servizio Trasfusionale chiamando il 091/6553222/3226**
- **Predisporre l'immediato invio al SIMT di un prelievo non inferiore ai 5 ml. in provetta per emocromo, contestualmente alla richiesta di sangue ed eventuale emogruppo del paziente (se non tipizzato precedentemente), accertando se possibile attivamente l'identità del paziente, curando la corretta rispondenza dei dati anagrafici tra prelievo e richiesta**
- **Il medico di guardia al SIMT effettuerà le compatibilità utilizzando le provette pilota delle unità corrispondenti (accuratamente conservate) e procederà a compatibilizzare unità gruppo specifiche, rilasciando opportuna certificazione**
- **Le unità di sangue O Rh negativo "scorta per l'emergenza" dovranno essere sostituite cinque giorni prima della scadenza a cura del responsabile a cui è affidata la gestione della frigoemoteca**
- **Segnalare al SIMT ogni non conformità alla seguente procedura**

E' fondamentale eseguire quanto definito in tale procedura per garantire la tracciabilità dal ricevente al donatore.

Si ricorda che la trasfusione di unità non compatibilizzate espone il paziente a possibile severo rischio trasfusionale;

Art. 9

CONSENSO INFORMATO

Il prescritto specifico consenso informato del paziente alla terapia trasfusionale e all'esecuzione dei test virologici rimane sotto la responsabilità del medico della Casa di Cura e del Direttore Sanitario della stessa.

Art. 10

REAZIONI TRASFUSIONALI

La Casa di Cura si impegna a trasmettere, tramite i propri sanitari responsabili, tempestivamente, e comunque entro le 24 ore dall'evento, la denuncia di eventuali reazioni trasfusionali che dovessero insorgere nel ricevente. Il medico responsabile della trasfusione farà pervenire una relazione scritta sulla reazione trasfusionale, unitamente al residuo dell'unità che ha causato la reazione.

Art. 11

REGISTRAZIONI

Come previsto dagli art.28 del DM 27/12/1990 e art.5 del DM 1/09/1995 e art. 14 DM del 25/01/2001, in ragione della distanza dal SIMT e a tutela del paziente "critico" che deve essere trasfuso immediatamente, si dota di 2 unità di emazie concentrate gruppo O Rh Negativo, la



frigoemoteca della Casa di Cura, scorta per l'emergenza. La gestione delle unità segue la procedura descritta in allegato D che di questa convenzione è parte integrante.

La Casa di Cura deve provvedere ad annotare:

- A) su apposito registro di "carico e scarico" tutti i movimenti dell'unità di emocomponenti della frigoemoteca
1. data e ora di carico in frigoemoteca dell'unità;
 2. Codice UNI identificativo dell'unità
 3. numero di unità trasfusionali;
 4. tipo di emocomponente;
 5. data di scadenza dell'unità trasfusionale;
 6. nominativo del paziente a cui sono state assegnate le unità trasfusionali;
 7. data e ora di uscita delle unità assegnate;
 8. firma di chi ritira le unità assegnate;
 9. **data, ora e numero del documento di accompagnamento per resa alla struttura trasfusionale delle unità assegnate e non utilizzate;**
- B) Su apposito registro di "carico e scarico – SCORTA PER L'EMERGENZA"
1. Codice UNI identificativo delle unità di emazie di gruppo O Rh negativo da utilizzare per le emergenze;
 10. data e ora di carico in frigoemoteca delle unità;
 11. numero di unità trasfusionali;
 12. data di scadenza dell'unità trasfusionale
 13. data, ora e numero del documento di accompagnamento per resa alla struttura trasfusionale delle unità assegnate e non utilizzate;

Il medico responsabile della trasfusione dovrà riportare in cartella clinica il numero di sacche di emocomponenti trasfuse identificandole correttamente.

Art. 12

TRASPORTO SANGUE

Il trasporto di sangue, degli emocomponenti e dei campioni di sangue sarà a carico della Casa di Cura che ne curerà le modalità conformandole a quanto disposto dalle norme specifiche. Il trasporto sarà effettuato, di norma, da personale **all'uopo delegato**.

Art. 13

PRIVACY

L'A.O.U.P è tenuta a mantenere la massima riservatezza e a non divulgare a terzi notizie, fatti o documenti di cui fosse venuta a conoscenza in dipendenza dall'esecuzione della presente Convenzione, attenendosi alle disposizioni di Legge applicabili in materia ed ai principi della deontologia professionale. Il medesimo obbligo vige con riguardo agli esiti degli accertamenti effettuati e della documentazione a corredo che restano di proprietà della Casa di Cura e che non potranno in alcun modo essere utilizzati dall'A.O.U.P. Qualora la Casa di Cura riscontrasse una qualsiasi violazione degli obblighi descritti, essa potrà procedere alla risoluzione del contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c.

Art. 14

FATTURAZIONE

L'A.O.U.P. fatturerà le prestazioni di cui alla presente convenzione alla Casa di Cura con cadenza



mensile con le modalità qui di seguito riportate:

- a) le unità di sangue e di emocomponenti fornite, comprese quelle restituite ma non più riutilizzabili verranno fatturate contabilizzando tutte le voci indicate tranne quella relativa al prezzo della unità fissato con decreto ministeriale;
- b) gli emoderivati ottenuti da plasma prelevato ai propri donatori al prezzo di costo esposto dall'industria convenzionata con una maggiorazione del 20% a fronte delle spese sostenute per immagazzinamento, registrazione, distribuzione;
- c) le determinazioni gruppoematiche, gli esami immunoematologici, le prove di compatibilità, gli esami virologici secondo il tariffario della Regione Sicilia o, in assenza di questo, di quello nazionale;
- d) consulenze di medicina trasfusionale, plasma exchange, procedure di aferesi terapeutica, ecc alle tariffe indicate dalla Regione Sicilia o, in assenza di queste, alle tariffe previste dall'Ordine dei Medici di Palermo;
- e) il corrispettivo da corrispedesi all'AOUP per la fornitura del Plasma Commerciale (Plasmasafe) è di € 71,50 a sacca + IVA 10%;
- f) **contributo alle spese di funzionamento generale della struttura trasfusionale produttiva della prestazione e della consulenza tecnico-scientifica fornita pari al 20% del fatturato complessivo.**
- g) un supplemento di € 12 euro per ciascuna unità di sangue o emocomponenti ritirato con procedura d'urgenza.

ART. 15

DOMICILIO BANCARIO

Il pagamento dei compensi relativi alle prestazioni, oggetto della presente Convenzione, verranno effettuati secondo le norme della Contabilità di Stato, a prestazioni regolarmente rese, e a seguito dell'emissione, da parte dell'Azienda, di fatture con cadenza mensile comprovanti le effettive prestazioni eseguite nel mese.

Esse dovranno riportare il numero delle prestazioni eseguite e delle forniture di emocomponenti dovranno essere accompagnate da una nota contabile esplicativa.

La Casa di Cura dovrà versare le somme relative direttamente all'Azienda, tramite accredito sul c/c bancario n. 218030 – IBAN IT86P010050460000000218030, acceso presso la BANCA NAZIONALE DEL LAVORO s.p.a. Sede di Palermo, Ente Cassiere dell'Azienda.

La Casa di Cura emetterà il benestare al pagamento dopo una verifica di corrispondenza con quanto richiesto entro e non oltre 30 giorni dall'emissione della fattura da parte dell'A.O.U.P.

Art. 16

TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

L'AOUP si impegna al rispetto della normativa in materia di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136 ed al Decreto Legge 12 novembre 2010, n. 187, convertito in L. 17 dicembre 2010, n. 217.

La stessa si obbliga ad utilizzare esclusivamente conti correnti bancari o postali accesi presso banche o presso la società Poste Italiane S.p.A., dedicati, anche non in via esclusiva, al presente contratto, sui quali saranno effettuati i relativi movimenti finanziari per l'esclusivo tramite di bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale determina la risoluzione del contratto.

Art. 17

INTERESSI

In ottemperanza a quanto disciplinato dal D.Lgs. 192 del 9 novembre 2012 sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, l'AOUP si riserva di chiedere la corresponsione di interessi semplici di mora calcolati su base giornaliera ad un tasso che è pari al tasso di interesse applicato dalla Banca centrale europea alle sue più recenti operazioni di rifinanziamento principali, in vigore dall'inizio del semestre, maggiorato dell'8% senza che sia necessaria la costituzione in mora.

Art. 18

DURATA DELLA CONVENZIONE

La presente convenzione avrà la durata di anni 1 (uno) a decorrere dalla data di sottoscrizione della stessa e potrà essere rinnovata solo previo esplicito consenso manifestato dalle Parti.

Le parti, comunque, si riservano la facoltà di interrompere la presente Convenzione anche prima della sua naturale scadenza, nel caso in cui vengano meno le condizioni e/o le esigenze che ne hanno determinato la stipula, mediante preavviso da comunicarsi alla controparte almeno 30 gg (trenta) prima della data di interruzione.

Art. 19

PARITA'

L'esecuzione della Convenzione è regolata dalle clausole del presente atto che ne costituiscono la manifestazione integrale di tutti gli accordi intervenuti tra l'Azienda Ospedaliera Universitaria e la Casa di Cura.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni clausola della presente Convenzione è stata dalle stesse negoziata ed specificatamente approvata su di un piano di assoluta parità e che la stessa è soggetta automaticamente ad ogni e qualsivoglia modifica derivante dall'entrata in vigore di leggi o altra statuizione normativa e regolamentare e/o da contratti disciplinanti in materia nuova e /o diversa materia oggetto della convenzione.

Per tutto quanto non espressamente previsto, le parti rinviando al Codice Civile ed alle disposizioni già emanate in materia di contratti di diritto privato ove applicabili.

Art. 20

REGISTRAZIONE

La presente Convenzione è soggetta a registrazione solo in caso d'uso ai sensi di quanto previsto dall'art. 5 del D.P.R. 131/86, con spese a carico della parte che ha richiesto tale adempimento.

Art. 21

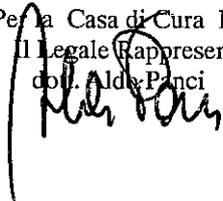
FORO COMPETENTE

Per ogni controversia in ordine all'interpretazione ed applicazione del presente atto sarà competente il Foro di Palermo.

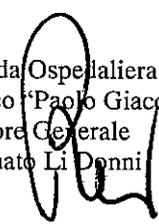
Letto, confermato e sottoscritto.

Palermo, li 13. 10. 15

Per la Casa di Cura Maria Eleonora S.r.l.
Il Legale Rappresentante
Dott. Aldo Pinci



Per l'Azienda Ospedaliera Universitaria
Dott. Paolo Giaccone
Direttore Generale
Dott. Renato Li Donni



ALLEGATO A

Richiesta gruppo sanguigno

La determinazione di gruppo è finalizzata alla trasfusione di emocomponenti e pertanto deve essere inoltrata per quei pazienti per i quali è prevista una terapia con emocomponenti.

Al fine di garantire la sicurezza trasfusionale e prevenire errori di identificazione del paziente al momento del prelievo od in laboratorio, la richiesta di gruppo deve pervenire in un momento diverso da quello in cui perviene la richiesta di terapia trasfusionale, per consentire la seconda determinazione di gruppo su un secondo campione prima della trasfusione.

Infatti, un paziente viene trasfuso con unità omogruppo solo dopo che il suo gruppo è stato determinato su due campioni prelevati in momenti diversi ed i risultati delle due determinazioni sono concordanti. Per questa procedura è previsto un doppio livello di controllo, infatti l'infermiere ed il medico devono essere presenti contemporaneamente al letto del paziente. La terapia trasfusionale implica responsabilità medico-legali e pertanto il medico prescrittore deve essere uno strutturato

La richiesta di gruppo va inoltrata il più presto possibile

Responsabili: Medico e Inf. Professionale

Inf. Professionale:

1. Utilizzare un porta provette per ogni paziente
2. Riportare i dati anagrafici del paziente (cognome, nome, data di nascita) desumendoli dalla cartella clinica su richiesta e campione
3. Accertare l'identità del paziente chiedendogli di fornire attivamente i propri dati anagrafici
4. Effettuare il prelievo con sistema vacutainer
5. **Datate e firmare il campione**

I medico strutturato deve:

1. Accertare l'identità del paziente, richiedendogli, se possibile, di fornire attivamente le generalità e verificare la rispondenza con i dati compilati. Nel caso di impossibilità di verifica "attiva" controllare i dati presenti in cartella clinica
2. Verificare la corretta compilazione dei dati riportati nella richiesta e nel campione
3. Firmare la richiesta
4. In situazioni di emergenza il rischio di errore di identificazione è ancora più alto e quindi il doppio controllo risulta estremamente utile. Se tuttavia, data l'urgenza, la procedura di identificazione in doppio non fosse possibile, l'operatore che effettua e firma il prelievo deve essere un medico.

Azienda Ospedaliero - Universitaria "P. Giaccone"

Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
VIA DEL VESPRO, 129 - PALERMO - TEL. 091 6553222 - Fax 091 655 3230

MODULO DI RICHIESTA DI PLASMA FRESCO E/O PIASTRINE

Reparto/Ente Tel. (codice) | | | |

DATI DEL PAZIENTE

Codice paziente																		
Cognome																		
Nome																		
Nato il				Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Gruppo				Rh				Fenotipo			

Da compilare

Trasfusioni pregresse NO Non note SI N. data dell'ultima/...../.....

Reazioni trasfusionali pregresse NO Non note SI Tipo N. data dell'ultima/...../.....

Parti pregressi NO SI N. Aborti NO SI N.

Ha avuto figli con malattia emolitica del neonato NO Non note SI Altro

Diagnosi

Peso Kg altezza cm.

Conteggio piastrinico ($\times 10^9/L$) eseguito il/...../.....

Rapporto paziente/controllo di: PT PTT eseguito il/...../.....

Motivo della richiesta

<p>- di plastrine (per pazienti con conteggio $> 10 \times 10^9/L$)</p> <p><input type="checkbox"/> Emorragia in atto</p> <p><input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Infezione</p> <p><input type="checkbox"/> Piastrinopatia <input type="checkbox"/> Rapido calo del conteggio piastrinico</p> <p><input type="checkbox"/> Intervento <input type="checkbox"/> elezione <input type="checkbox"/> urgenza</p> <p>tipo</p> <p>data intervento/...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare)</p>	<p>- di plasma fresco</p> <p><input type="checkbox"/> Emorragia in atto <input type="checkbox"/> Trapianto di fegato</p> <p><input type="checkbox"/> Deficit isolato del fattore di cui non è disponibile concentrato specifico</p> <p><input type="checkbox"/> DIC</p> <p><input type="checkbox"/> Antagonista della warfarina</p> <p><input type="checkbox"/> Porpora trombocitopenica idiopatica</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare)</p>
---	--

RICHIESTA (un modulo di richiesta per evento trasfusionale)

Plasma Plasma virus/inattivato Piastrine Random Piastrine da aferesi.....

Emocomponente: Standard di 2° livello tipo (vedi retro)

Richiesta: urgente programmata per il/...../..... ora Data richiesta/...../..... ora

Invio una provetta contenente sangue in EDTA del paziente per il controllo del gruppo del paziente. Ho verificato l'identità del paziente e l'accurata compilazione delle etichette che contrassegnano i prelievi.

Medico richiedente (matricola | | | | |) Il Medico (timbro e firma leggibile)

PERVENUTA SIMT ORE

RISERVATO AL SERVIZIO TRASFUSIONALE		Gruppo	Controllo GRUPPO del paziente
Unità assegnata			
N.
N.	Altri esami eseguiti
N.
N.

CONSEGNA TI: Filtri per microaggregati n. Filtri per leucociti n.

Consegnato a Data e ora della consegna

VEDI NOTE SUL RETRO

COPIA PER IL SERVIZIO TRASFUSIONALE

ALLEGATO C

ALLEGATO D

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "P. GIACCONE"
Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Via del Vespro, 129 - PALERMO - Tel. 091 6553222- Fax 091 6553230

RICHIESTA DI GRUPPO SANGUIGNO

Reparto/Ente (Codice) Tel.

Cognome

Nome

Nat. a il / / Sesso M F

Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti. Allego una provetta con EDTA correttamente contrassegnata e siglata a termini di legge.

URGENTE **SI** **NO**

Data / / Il Medico
firma leggibile

RISERVATO AL SERVIZIO TRASFUSIONALE

Gruppo: Fattore Rh (D)

Fenotipo Rh: Sistema Kell. (Rif. N.)

Ricerca Anticorpi Irregolari (R.A.I.):

Data / / Il Responsabile
firma leggibile

Copia per il REPARTO

Mod. SMT09