

**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI
ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

_____ | _____
(cognome) | (nome)
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____

A) condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati

- 1) politrasfuso per emopatia cronica
 2) trasfuso per evento acuto

Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1)

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

- 1) _____ dal _____ al _____
2) _____ dal _____ al _____
3) _____ dal _____ al _____
4) _____ dal _____ al _____
5) _____ dal _____ al _____

Annotazioni: _____

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2)

Tipo: _____

N° unità: _____

Data di somministrazione: _____
(giorno) (mese) (anno)

Luogo di somministrazione: _____

Annotazioni: _____

Scheda informativa trasfusione o somministrazione emoderivati- L. 210/92
Da compilarsi a cura del Medico

Informazioni relative all'infezione da HIV:

Data rilevamento sierologico: _____
(giorno) (mese) (anno)

Data diagnosi di malattia: _____
(giorno) (mese) (anno)

Data grave immunodepressione (CD4<200ml): _____
(giorno) (mese) (anno)

Informazioni relative all'infezione da virus dell'epatite:

Data rilevamento sierologico HBSAg: _____
(giorno) (mese) (anno)

Data anti HCV: _____
(giorno) (mese) (anno)

Data diagnosi di epatopatia irreversibile: _____
(giorno) (mese) (anno)

Data dell'avvenuto decesso: _____
(giorno) (mese) (anno)

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio

Data evento che ha determinato l'infezione: _____
(giorno) (mese) (anno)

Informazioni relative all'infezione da HIV: _____
(giorno) (mese) (anno)

Informazioni relative all'infezione da virus epatici: _____
(giorno) (mese) (anno)

Data del decesso: _____
(giorno) (mese) (anno)

(luogo) (data)

(Timbro e Firma per esteso, leggibile)

Allegato n. 8