

	Gestione del rischio clinico	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO 

**PROCEDURA PER LA PREVENZIONE
DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA
INCOMPATIBILITA' AB0**

INDICE

Premessa	pag. 3
Azioni	pag.3
Obiettivo	pag. 4
Ambiti di Applicazione	pag. 4
Azione 1 Prelievo del campione per la determinazione del gruppo sanguigno	pag.5
Azione 2 Richiesta emocomponenti che accompagna il campione	pag. 6
Azione 3 Accettazione,registrazione,erogazione presso Struttura Trasfusionale	pag.8
Azione 4 Trasfusione presso reparti,sala operatoria,terapia intensiva,domicilio	pag.10
Azione 5 Trasfusione in emergenza urgenza presso reparti,sala operatoria, terapia intensiva	pag.13
Matrici di Responsabilità	pag.15
Nuove tecnologie per ridurre il rischio trasfusionale	pag.16
Implementazione della raccomandazione nelle strutture sanitarie	pag.16
Monitoraggio dell'implementazione della raccomandazione	pag 16
Formazione	pag.16
Aggiornamento della procedura	pag.16
Notifica di avvenuta trasfusione	pag.17
Consenso informato	pag.18

Premessa

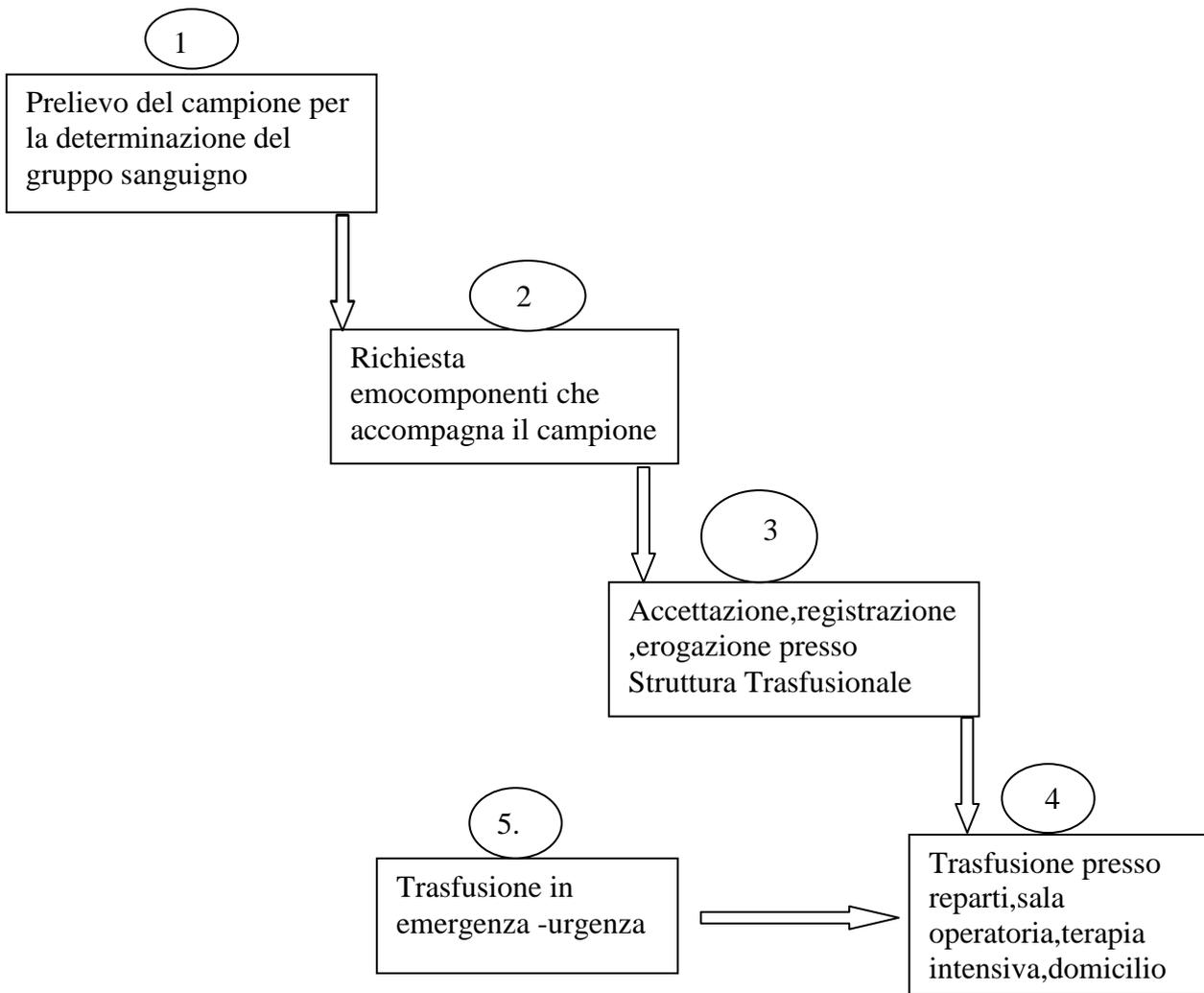
La reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 rappresenta un evento avverso e drammatico ed è sempre dovuta ad errore pertanto può e deve essere prevenuta.

Con la presente raccomandazione si intende fornire uno strumento operativo a supporto degli Operatori da implementare in tutte le strutture per contenere il rischio.

Le reazioni avverse dovute ad errori trasfusionali rappresentano circa il 70% di tutti gli eventi avversi e, tra queste, circa il 20% sono reazioni trasfusionali da incompatibilità AB0.

L'assenza o la mancata applicazione di procedure specifiche rappresenta un importante fattore di rischio che può determinare il verificarsi dell'evento durante una delle diverse fasi del processo trasfusionale.

Azioni



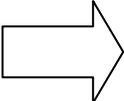
La reazione da incompatibilità AB0 può determinare un ampio spettro di eventi clinici che variano dalla asintomaticità (12,8%), alla sintomatologia lieve (59,6%), al pericolo di vita immediato (21,3%), fino al decesso (6,4%).

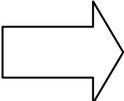
Il 2° rapporto (settembre 2005-Agosto 2009) del Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella (ottobre 2009) evidenzia, su 385 schede di denuncia, 29 sono attribuite all'evento n. 5 "Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0".

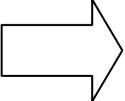
Obiettivo

Ridurre le reazioni trasfusionali da incompatibilità AB0.

Ambiti di applicazione

A chi :  Tutti gli Operatori sanitari coinvolti nelle varie fasi del processo trasfusionale

Dove :  In tutte le strutture sanitarie ove si eseguono pratiche trasfusionali

Per chi :  Tutti i Pazienti che necessitano di trasfusioni

Azione 1

Prelievo del campione per la determinazione del gruppo sanguigno

1.1 E' autorizzato al prelievo il Personale abilitato a un prelievo in caso di prelievo venoso periferico o un Sanitario o un Infermiere abilitato in caso di un prelievo venoso centrale.

1.2 Il Personale incaricato del prelievo deve essere informato degli errori sui risultati di analisi conseguenti alla realizzazione difettosa del prelievo.

1.3 Il Personale informerà il Servizio Trasfusionale di ogni difficoltà sopraggiunta durante il prelievo.

1.4 L'etichetta sulla provetta del prelievo non deve essere mai apposta prima del prelievo.

1.5 L'etichetta deve essere messa subito dopo ogni prelievo dalla persona che ha effettuato il prelievo.

1.6 L'etichetta deve contenere: nome e cognome del paziente, data di nascita, sesso, data del prelievo, reparto di appartenenza.

1.7 L'operatore che effettua il prelievo deve apporre la propria firma sulla provetta, preferibilmente al letto del paziente.

1.8 Per la determinazione del gruppo sanguigno, l'etichetta deve essere riempita interrogando il Paziente (e non fidandosi del nome sulla curva termografica) e quindi messa sulla provetta.

1.9 Il prelevatore deve procedere ad una ulteriore verifica facendo leggere al Paziente l'etichetta o leggendola Egli stesso.

1.10 Questi controlli devono essere realizzati con cura particolare per permettere di assicurare l'identità dei soggetti incoscienti, dei neonati ed, in generale, dei pazienti che non possono essere interrogati.

1.11 Il prelevatore deve verificare la corrispondenza tra i dati riportati sulla etichetta della provetta e quelli riportati sulla richiesta che sarà inviata per la determinazione immunoematologia.

Azione 2

Richiesta emocomponenti che accompagna il campione

2.1 La prescrizione di una terapia trasfusionale è un atto medico che impegna direttamente la responsabilità del Sanitario prescrittore.

2.2 Il Sanitario deve essere chiaramente identificato, nome, cognome, firma, e reparto devono essere leggibili.

2.3 In caso di trasfusioni domiciliari, la richiesta obbligatoria del Medico Curante deve indicare il nominativo, la diagnosi, i dati ematologici. Il Sanitario deve essere chiaramente identificato, nome, cognome, e firma devono essere leggibili.

2.3 La prescrizione deve essere datata e va indicata l'ora d'invio.

2.4 La prescrizione è nominativa e deve contenere nome, cognome, data di nascita, sesso del ricevente, reparto e numero della cartella clinica quando ritenuto necessario al fine di evitare omonimie e confusioni in caso di ospedalizzazione di più membri della stessa famiglia.

2.5 La data e l'ora previste per la trasfusione devono essere indicate, così come il grado di urgenza.

2.6 Deve essere chiaramente indicato il prodotto richiesto, la diagnosi e la motivazione della richiesta.

2.7 Il Sanitario prescrittore può richiedere al Servizio Trasfusionale la consulenza trasfusionale.

2.8 Il Sanitario deve prescrivere il prodotto più adatto evitando tutte le indicazioni che non sono sufficientemente giustificate.

2.9 Il Sanitario prescrittore deve assicurarsi che gli esami pretrasfusionali regolamentari siano stati effettuati e siano validi, secondo i punti che seguono.

2.10 Prima di ogni trasfusione, ogni Paziente deve aver eseguito DUE determinazioni di gruppaggio sanguigno ABO RH. Ciò comporta la necessità di due prelievi, in tempi diversi per tutte le richieste non urgenti e ove le condizioni cliniche del paziente lo permettano.

2.11 Se il Paziente non ha il gruppo sanguigno bisogna procedere alla determinazione su due prelievi sanguigni effettuati a distanza l'uno dall'altro.

2.12 Se il Paziente ha il gruppo sanguigno si deve effettuare un prelievo per una seconda determinazione (controllo di gruppo).

2.13 Nelle trasfusioni di neonati fino a tre mesi è necessario disporre del gruppo ABO RH e del risultato della Ricerca Anticorpi Irregolari della mamma.

2.14 La programmazione di un esame di depistage deve essere fatta dal Medico prescrittore al momento della previsione di una terapia trasfusionale con lo scopo di poter raffrontare i risultati con quelli che verranno eseguiti nel periodo post-trasfusionale.

2.15 Il Sanitario informa il Paziente del beneficio atteso con la terapia trasfusionale che deve essere messo in rapporto con i rischi virali residui.

2.16 Il Sanitario informa il Paziente dell'interesse del depistage pre e post trasfusionale.

2.17 Il Sanitario deve informare il Paziente prima di eseguire l'esame di depistage ed ottenere il consenso informato.

2.18 Se il Paziente è un minore l'informazione pretrasfusionale e la proposta di depistage va fatta alla persona che esercita la patria potestà.

2.19 Sono da raccomandare prima della trasfusione (esami di depistage):
-ricerca anticorpi anti HIV, ricerca anticorpi anti-HCV, ricerca anticorpi anti-HB.

2.20 Il Sanitario richiedente è colui che valuta gli esami prescritti. Egli informa il Paziente dei risultati ottenuti e, se questi sono positivi o anormali, informa sui rischi e propone l'invio alla consulenza infettivologica per la presa in carico.

Azione 3

Accettazione, registrazione, erogazione presso Struttura Trasfusionale

3.1 Il Sanitario del Servizio Trasfusionale che la richiesta trasfusionale accerta se la stessa Risponde ai requisiti di cui ai punti dell'azione n. 2

3.2 Il Sanitario del Servizio Trasfusionale che accetta la richiesta trasfusionale è tenuto ad esprimere "consulenza trasfusionale" sulla idoneità della procedura trasfusionale proposta. Su tutte le richieste non condivise il Sanitario del Servizio Trasfusionale che accetta la richiesta esprime per iscritto la consulenza come "richiesta non dovuta".

3.3 La richiesta se rispondente ai requisiti previsti viene registrata annotando l'ora di arrivo.

3.4 Il Sanitario verifica se si tratta di un paziente già conosciuto, se ha ricevuto in precedenza altri emocomponenti o se è stata eseguita la determinazione del gruppo sanguigno ed eventualmente del Test di Coombs Indiretto (TCI).

3.5 Se il paziente è stato già trasfuso il Sanitario verifica se ci sono stati incidenti trasfusionali o se si è immunizzato contro antigeni di interesse trasfusionale.

3.6 Richiesta non urgente è il tipo richiesta che può essere evasa entro 12 ore dall'accettazione.

3.7 Richiesta urgente è il tipo che deve evasa nel più breve tempo possibile dal momento dell'accettazione per poter assegnare l'unità richiesta.

3.8 Richiesta urgentissima è il tipo di richiesta per imminente pericolo di vita che prevede l'assegnazione anche senza il campione di sangue del paziente qualora non sia possibile ottenerlo. Fino a 2 unità 0 Rh negative possono venire consegnate al momento della richiesta, se non è noto il gruppo del paziente, o unità omogruppo se noto e c'è stato il tempo materiale per il suo controllo.

Non appena sarà disponibile il campione di sangue, vanno eseguite le prove di compatibilità urgenti anche per le unità di sangue già consegnate e per le restanti unità omogruppo che si procede a preparare.

3.9 L'erogazione del prodotto richiesto avviene una volta svolte con successo i tests pretrasfusionali

3.10 La regola è l'attribuzione di concentrati di GR di gruppo ABO Rh -D uguale a quello del Ricevente. Derogando per necessità si tiene conto degli anticorpi del sistema ABO.

3.11 L'attribuzione dei concentrati di GR necessita di un risultato di prova di compatibilità negativo, fatte salve le procedure di emergenza.

3.12 La prova di compatibilità è una analisi obbligatoria prima della trasfusione di GR ad esclusione dei casi previsti nelle procedure di emergenza.

3.13 La prova di compatibilità consiste nel testare il siero del ricevente con le emazie del concentrato eritrocitario che si intende trasfondere al Paziente e di attribuire la qualifica di "compatibile" se la prova è negativa.

3.14 Il tempo tra una prova di compatibilità negativa ed una trasfusione deve essere contenuto entro 3 giorni.

3.15 La ricerca di anticorpi irregolari è una analisi non sistematica e complementare alla positività della prova di compatibilità e tende ad identificare l'anticorpo o gli anticorpi in causa.

3.16 Nel neonato fino a tre mesi, i GR da trasfondere devono essere testati con il sangue (siero ed emazie) della mamma e del neonato.

3.17 Nelle trasfusioni di neonati fino a tre mesi è necessario disporre del gruppo ABO RH e del risultato della Ricerca Anticorpi Irregolari della mamma.

Azione 4

Trasfusione presso reparti, sala operatoria, terapia intensiva, domicilio

4.1 La trasfusione di globuli rossi è indicata per incrementare l'apporto di ossigeno ai tessuti nelle seguenti condizioni;

- Anemie croniche con Hb <7 g/dl o Hct <21%;
- Hb <8 g/dl o <24%;
- Hb <9 g/dl in paziente in programma per intervento;
- Hb <10 g/dl in paziente sintomatico per anemia in cardiopatia e/o pneumopatia;
- Sanguinamento in atto con perdita >30% del volume ematico;
- Sanguinamento con Hb <9 g/dl.

4.2 La trasfusione di Globuli Rossi non è indicata quando l'Hb del ricevente è uguale o superiore a 10 gr/dl.

4.3 Il valore soglia di Hb che giustifica la trasfusione di globuli rossi del paziente adulto è inferiore a 8 gr/dl in tutti i casi ad eccezione di quelli che presentano marcata diminuzione della ossigenazione tissutale (anormalità della funzione cardiocircolatoria, respiratoria ecc).

4.4 L'unità che si trasfonde è il concentrato di globuli rossi (CE) che è un emocomponente ottenuto da sangue intero, prelevato in CPD, mediante centrifugazione e rimozione del plasma e del buffy-coat con susseguente risospensione in 80 ml di soluzione nutritiva (SAG-M). Ogni unità contiene circa 200 ml di emazie concentrate. L'ematocrito finale (Hct) è circa 65%.

4.5 Per dare indicazioni sul dosaggio necessario, bisogna tener presente che un'unità di CE aumenterà il livello di Hb di 1g/dL in una persona di 70 kg (3-4 ml/kg di CE) o l'ematocrito del 3%.

4.6 La trasfusione di unità di autosangue ha le stesse norme.

4.7 La trasfusione di una sola unità di Globuli Rossi trova difficilmente indicazioni cliniche: il giudizio clinico è espresso dal Sanitario Curante.

4.8 Il Sanitario che firma la richiesta di trasfusione di globuli rossi prevista per un intervento chirurgico nel quale è dimostrata la necessità trasfusionale, è responsabile della informazione al Paziente della possibilità di autotrasfusione.

4.9 La responsabilità della trasfusione eseguita con consulenza di "richiesta non dovuta" è del Sanitario Richiedente.

4.10 Prima di trasfondere è obbligatoria la verifica ultima ABO al letto del malato anche in casi di richiesta "urgentissima".

4.11 La verifica, da parte di due operatori, deve comportare il controllo della concordanza tra l'identità del ricevente e quella che è riportata nella risposta del gruppo sanguigno ed il controllo della concordanza tra il gruppo sanguigno riportato nella risposta e quello apposto sul prodotto trasfusionale.

4.12 La trasfusione può essere effettuata dal Sanitario o da un Infermiere professionale a condizione che un Sanitario possa intervenire al bisogno. Non è necessario che l'unità raggiunga la temperatura ambiente in quanto ogni temperatura superiore ai 4°C aumenta il rischio di contaminazione batterica.

4.13 L'atto trasfusionale deve essere riportato nella cartella clinica con la data e l'ora d'inizio e di termine della trasfusione ed il nominativo del medico e dell'infermiere che hanno proceduto alla realizzazione dell'atto trasfusionale.

4.14 I seguenti parametri vitali del paziente frequenza del polso, pressione arteriosa, temperatura corporea devono essere misurati e registrati almeno prima dell'inizio di ciascuna unità di emocomponenti dopo 15 minuti dall'inizio e alla fine di ciascun episodio trasfusionale.

4.15 Possibilmente il paziente deve essere a digiuno e non febbrile per minimizzare eventuali possibili reazioni trasfusionali.

4.16. Dato che le reazioni trasfusionali si verificano quasi sempre all'inizio dell'infusione, è buona norma iniziare l'infusione molto lentamente (a goccia lenta) per i primi 10 minuti, verificare l'assenza di possibili complicanze (febbre, brividi o altri sintomi lamentati dal paziente) quindi incrementare la velocità di infusione. La durata della trasfusione di una singola unità di globuli rossi concentrati deve essere di circa 1 ora al fine di ridurre al minimo i rischi legati ad un'eventuale sovraccarico circolatorio e/o contaminazione batterica. In casi particolari (emorragie, insufficienza renale etc.) su indicazione medica la durata della trasfusione può essere modificata.

4.17 Qualora compaiano i seguenti sintomi arrestare immediatamente la trasfusione e avvisare il Medico: brivido, febbre, orticaria, dispnea, dolore toracico e/o lombare, sudorazione profusa, cefalea intensa, shock. Trattare il paziente con somministrazione di liquidi e con idonea terapia farmacologica.

4.18 Nel sospetto di una reazione trasfusionale emolitica, sospendere l'infusione dell'emocomponente, riverificare l'identità del paziente e ricontrollare la corrispondenza tra dati del paziente, dati dell'unità e dati riportati sul documento di accompagnamento dell'unità.

4.19 Nel sospetto di una reazione trasfusionale emolitica bisogna quindi effettuare i seguenti prelievi, avvisando al più presto il Trasfusionale :prelievo per controllo del gruppo sanguigno e test di Coombs diretto del paziente, prelievo per la ripetizione delle prove di compatibilità e del test di Coombs indiretto.

4.20 Nel sospetto di una reazione trasfusionale emolitica restituire immediatamente l'unità al Servizio Trasfusionale per la ripetizione della prova di compatibilità e per l'esame microbiologico diretto e colturale al fine di verificare eventuale contaminazione batterica dell'unità.

4.21 Terminata la trasfusione, le sacche vuote devono poter essere recuperate entro le due ore seguenti al termine dell'atto trasfusionale.

4.22 L'avvenuta trasfusione deve essere notificata al Servizio Trasfusionale, attraverso specifica modulistica.

4.23 La trasfusione domiciliare avviene sotto la responsabilità del Medico Curante.

4.24 La trasfusione di plasma fresco congelato trova indicazioni trasfusionali nel trattamento dell'emorragia o nel pre-intervento chirurgico quando l'INR e/o la ratio del PTT siano uguali o superiore a 1,4 alla dose di 15/20 cc/Kg.

4.25 La trasfusione di plasma fresco congelato trova indicazioni trasfusionali nei deficit congeniti o acquisiti di singoli fattori della coagulazione in presenza di emorragie quando non si possono utilizzare i concentrati degli specifici fattori.

4.26 La trasfusione di plasma fresco congelato trova indicazioni trasfusionali nella fase acuta della coagulazione intravascolare disseminata.

4.27 La trasfusione di plasma fresco congelato trova indicazioni trasfusionali come antagonista degli anticoagulanti orali in presenza di manifestazioni emorragiche.

4.28 La trasfusione di plasma fresco congelato trova indicazioni trasfusionali nelle trasfusioni massive in presenza di PT e/o PTT alterati.

4.29 La trasfusione di plasma fresco congelato trova indicazioni trasfusionali nell'exsanguinotrasfusione.

4.30 L'attribuzione di plasma fresco congelato avviene secondo le regole della compatibilità ABO per il plasma.

4.31 La trasfusione di plasma fresco congelato non trova indicazioni trasfusionali per espandere il volume plasmatici, come apporto nutritivo, nei deficit congeniti o acquisiti della coagulazione non accompagnati da emorragia, per incrementare i valori di albumina.

Azione 5

Trasfusione in emergenza urgenza presso reparti, sala operatoria, terapia intensiva

5.1 La procedura riguarda le situazioni ove è necessaria una sostituzione trasfusionale importante nello spazio di qualche ora a seguito di sanguinamento maggiore.

5.2 EMERGENZA (E): intesa come imminente pericolo di vita ,con necessità di immediato e specifico trattamento, la cui indilazionabilità è in rapporto alla stessa sopravvivenza.

5.3 URGENZA (U): intesa come necessità di interventi immediati e di prestazioni da eseguirsi nel più breve tempo possibile.

5.4 L'attribuzione del Paziente ad E o ad U è responsabilità del Sanitario delle U.O. di Pronto Soccorso o di Rianimazione e, per i Pazienti ricoverati ,del Sanitario di Reparto che per primo interviene ed è in rapporto al Tempo giudicato necessario per l'intervento trasfusionale ,avendo a disposizione 2 possibilità "T 0" e "T 40",

5.5 Intervento al "T 0" equivale ad utilizzo immediato di unità trasfusionale senza il tempo per eseguire alcuna determinazione ematica di gruppaggio e di prove di compatibilità oppure intervento al "T40" equivale ad utilizzo di unità trasfusionale con il tempo previsto di 40 minuti per le determinazioni gruppoematiche e l'avvio delle prove di compatibilità.

5.6 Parametri di riferimento "T 0"

Perdita supposta di volume ematico	>40-50%
Frequenza respiratoria	>30 atti/min o evidente difficoltà
Pressione arteriosa sistolica	<90 mmHg
Coscienza	si/no

5.7 Parametri di riferimento "T 40"

Perdita supposta di volume ematico	>20-40%
Frequenza respiratoria	><30 atti/min
Pressione arteriosa sistolica	>90
Coscienza	si

T 40: tempo garantito 40 minuti: i tempi sono registrati all'arrivo del Paziente, all'invio della richiesta, all'arrivo al Servizio Trasfusionale.

5.8 Richiesta urgentissima è il tipo di richiesta per imminente pericolo di vita che prevede l'assegnazione anche senza il campione di sangue del paziente qualora non sia possibile ottenerlo. Fino a 2 unità 0 Rh negative possono venire consegnate al momento della richiesta, se non è noto il gruppo del paziente, o unità omogruppo se noto e c'è stato il tempo materiale per il suo controllo.

Non appena sarà disponibile il campione di sangue, vanno eseguite le prove di compatibilità urgenti anche per le unità di sangue già consegnate e per le restanti unità omogruppo che si procede a preparare.

5.9 Richiesta urgente è il tipo che deve evasa nel più breve tempo possibile dal momento dell'accettazione per poter assegnare l'unità richiesta.

MATRICI DI RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	Direzione sanitaria	Risk manager e URC	Medico ST	Medico Curante	Infermiere
Elaborazione procedura ed implementazione	A	R	/	/	/
Accertamento indicazione, formulazione richiesta, acquisizione consenso	/	/	/	R	/
Compilazione dati anagrafici del paziente sulla richiesta e sui campioni di sangue	/	/	/	V	R
Identificazione del paziente al momento dei prelievi	/	/	/	/	R
Invio della richiesta e dei campioni al Servizio Trasfusionale	/	/	/	/	R
Verifica corrispondenza dati richiesta-dati provetta	/	/	R	/	/
Verifica corrispondenza richiesta-unità assegnate	/	/	R	/	/
Ispezione dell'unità prima della trasfusione	/	/	/	R	C
Verifica identità ricevente-identità documento pretrasfusionale-registrazione ora inizio e dati trasfusionali, registrazione ora fine trasfusione	/	/	/	R	R
Segnalazione eventuali complicanze della trasfusione	/	/	/	R	R
Implementazione procedura	/	/	R	R	C

Legenda :

R= RESPONSABILE DELL'AZIONE

C= COLLABORATORE DELL'AZIONE

A= APPROVAZIONE

V= VERIFICA

NUOVE TECNOLOGIE PER RIDURRE IL RISCHIO TRASFUSIONALE

L'implementazione di sistemi di sicurezza ,quali sistemi "bar-code" basati sull'utilizzo di braccialetti identificativi,moduli di richiesta,provette ed etichette dotati di un codice identificativo univoco per ogni Paziente o sistemi di identificazione a radiofrequenza (transponder o RFID),possono aiutare ad intercettare errori commessi al momento del prelievo dei campioni o al letto del Paziente al momento dell'inizio della trasfusione.

IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE NELLE STRUTTURE SANITARIE

La Direzione Aziendale ,con il supporto del Comitato per il Buon Uso del Sangue,deve predisporre ed implementare una procedura standardizzata per prevenire il verificarsi di errori trasfusionali

MONITORAGGIO DELL'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE

E' necessario il monitoraggio per la verifica dell'adozione della presente procedura con la registrazione dei seguenti indicatori:

N° richieste trasfusioni/N° richieste compilate secondo procedura > 80%

N° richieste trasfusioni/N° di comunicazioni avvenuta trasfusione > 80%

FORMAZIONE

E' importante che il piano di formazione aziendale preveda un training specifico per tutti gli operatori coinvolti nelle varie fasi del processo trasfusionale anche con il contributo di esperti trasfusionisti.

AGGIORNAMENTO DELLA RACCOMANDAZIONE

La presente procedura sarà oggetto di revisione con cadenza annuale e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

NOTIFICA DI AVVENUTA TRASFUSIONE

Il sistema informatico in dotazione ,al momento della consegna dell'unità trasfusionale, prevede un

MODULO DI ASSEGNAZIONE –TRASFUSIONE

che , completato a cura del Reparto verrà restituito al Servizio Trasfusionale.

CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE ED AL TRATTAMENTO CON EMODERIVATI

“Io sottoscritto

nato a

il _____ sono stato informato dal Dott.

1)che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue omologo /emocomponenti,

2)che tale pratica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus HIV ,HCV,HBV).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott.

sia in ordine alle mie condizioni cliniche,

sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione.

Acconsento

Non acconsento

al trattamento trasfusionale necessario per tutto il decorso della malattia.

firma

data

A Norma di Decreto 25 gennaio 2001,all'art.12

“ Il ricevente la trasfusione di sangue o di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati ,preventivamente informato che tali procedure possono non essere esenti da rischio ,è tenuto ad esprimere per iscritto il proprio consenso o dissenso”.