

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

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Domicilio.....Tel.....

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: / /

Luogo di somministrazione:

Annotazioni:

.....

Informazioni relative all'infezione da HIV:

Data rilevamento sierologico: / /

Data diagnosi di malattia: / /

Data grave immunodepressione (CD4<200ml): / /

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data rilevamento sierologico HBSAg: / /

Data anti HCV: / /

Data diagnosi di epatopatia irreversibile: / /

Data dell'avvenuto decesso: / /

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio

Data evento che ha determinato l'infezione: / /

Informazioni relative all'infezione da HIV:

.....

.....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

.....

.....

Data del decesso: / /

.....

(firma leggibile e timbro)