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 empatia 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 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'evento decesso: |__|__| |__|__| |__|__|

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio:

Data evento che ha determinato l'infezione: |__|__| |__|__| |__|__|

Informazioni relative all'infezione da HIV:……..

……...

Data del decesso: |__|__| |__|__| |__|__|

……..

(firma e timbro)