

**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 del medico)