

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

Cognome e nome _____
Luogo di nascita _____ prov _____ data di nascita _____
Domicilio _____ località _____ Prov _____
Tel. _____ Mail/Pec _____

A) Condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati: (1)

<input type="checkbox"/> 1) politrasfuso per emopatia cronica;	<input type="checkbox"/> 2) trasfuso per evento acuto
--	---

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

Tipo di prodotto:
Periodo di somministrazione:
Annotazioni:

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

Tipo di prodotto:
Data di somministrazione:
Luogo di somministrazione:
Annotazioni:

Informazioni relative all'infezione HIV:

Evento	data
Rilevamento sierologico	
Diagnosi di malattia	

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Evento	data
Rilevamento sierologici HBSAg	
Rilevamento sierologico Anti HCV	
Diagnosi di epatopatia irreversibile	
Data dell'avvenuto decesso	

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio:

Evento	data
Evento che ha determinato l'infezione	
Informazione relativa all'infezione da HIV	
Informazioni relative all'infezione da virus epatici	
Data dell'avvenuto decesso	

Lì _____

(firma e timbro)