

6.

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 .....

.....  
 (firma leggibile e timbro)