

**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 epatitici:

Data rilevamento sierologico HBSAg: / /
Data anti HCV: / /
Data di 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 epatitici:.....
.....

Data del decesso: / /

.....
(firma e timbro)