

GESTIONE DELLE PROCEDURE TRASFUSIONALI

PROGRAMMAZIONE:

I pazienti candidati alla terapia trasfusionale, anche con bassa probabilità di effettivo ricorso alla trasfusione, devono essere studiati dal punto di vista immunoematologico il più precocemente possibile.

- Inviare la richiesta di esami immunoematologici / test pre-trasfusionali ed il prelievo; per tutti questi pazienti il SIMT (Servizio Trasfusionale) esegue la determinazione di gruppo ABO Rh e la ricerca di anticorpi irregolari.
- In caso di trasfusione di emocomponenti inviare al SIMT la richiesta di emocomponenti e un prelievo del paziente: il SIMT esegue il ricontrollo ABO Rh ed eventuale aggiornamento della ricerca anticorpi irregolari (T&S) e provvede alla valutazione dell'appropriatezza della richiesta, secondo le Linee Guida disponibili ed all'assegnazione e consegna delle unità richieste.

Per i pazienti immunizzati (o con ricerca anticorpi positiva) dovranno essere allestite le prove crociate di compatibilità. I tempi necessari per la consegna delle unità di emazie dipenderanno dalla complessità dello stato immunologico del paziente e dalla disponibilità delle unità con la tipizzazione necessaria.

Il SIMT assicura la consulenza trasfusionale per tutti i casi in cui vi siano problematiche di tipo immunoematologico.

La richiesta di soli test pretrasfusionali (vedi modulistica allegata- esami immunoematologici / test pre-trasfusionali) deve essere compilata in ogni sua parte, in particolare è indispensabile che siano presenti:

1. tutti i dati per l'identificazione del paziente: cognome, nome, sesso, data di nascita, luogo di nascita, codice fiscale;
2. diagnosi;
3. ospedale, reparto e numero di telefono;
4. i dati relativi all'anamnesi trasfusionale ed eventuali dati di laboratorio rilevanti ai fini trasfusionali;
5. firma leggibile di chi ha eseguito il prelievo;
6. data ed ora del prelievo.

Gli emocomponenti forniti dal SIMT sono:

- **Emazie concentrate leucodeplete pre-storage (filtrate):** Le unità sono concentrati eritrocitari privati di plasma e di buffy coat (costituiti da leucociti e piastrine), leucodeplete (WBC $<1 \times 10^6/\mu\text{L}$) attraverso l'uso di filtri pre-storage. Conservazione 2-6 °C (restituire immediatamente se non utilizzate)
Possono essere distribuite unità sottoposte ad ulteriore trattamento:

Emazie irradiate: sono sottoposte ad irradiazione (per esempio per i pazienti trapiantati di Cellule Staminali Ematopoietiche o nei linfomi).

Emazie lavate: rimozione delle proteine plasmatiche. Indicate per pazienti con precedenti di reazioni anafilattiche.

- **Plasma:** è fornito come Plasma da Aferesi (690ml) o PlasmaGrade (200 ml; trattato con Solvente/Detergente). Lo scongelamento richiede 45' circa. Consultare l'etichetta per le condizioni di conservazione (restituire immediatamente se non utilizzato).
- **Concentrati piastrinici filtrati (leucodepleti pre-storage):** sono forniti come **piastrine da aferesi** o **pool di piastrine** da 4-6 unità di buffy coat in **soluzione conservante e plasma**, dopo **leucodeplezione** per mezzo di filtri. Consultare l'etichetta per le modalità di conservazione (restituire immediatamente se non utilizzate).

Possono essere distribuite unità sottoposte ad ulteriore trattamento:

Piastrine irradiate: sono sottoposte ad irradiazione (per esempio nei pazienti trapiantati di CSE o nei linfomi).

Piastrine lavate: rimozione delle proteine plasmatiche. Indicate per pazienti con precedenti di reazioni anafilattiche

La richiesta di emocomponenti deve essere compilata in ogni sua parte, in particolare è indispensabile che siano presenti:

1. tutti i dati per l'identificazione del paziente: cognome, nome, sesso, data di nascita, luogo di nascita, codice fiscale;
 2. diagnosi;
 3. ospedale, reparto e numero di telefono;
 4. i dati relativi all'anamnesi trasfusionale e i dati di laboratorio rilevanti ai fini trasfusionali;
 5. indicazioni alla trasfusione;
 6. tipo e quantità di emocomponenti richiesti ed eventuali lavorazioni aggiuntive;
 7. grado di urgenza della richiesta e data ed ora previsti per la consegna;
 8. firma leggibile del medico.
 9. firma leggibile di chi ha eseguito il prelievo;
 10. data ed ora del prelievo.
- È possibile richiedere altri esami immunoematologici contattando il SIMT.
 - Se non è possibile conservare le unità presso il reparto è utile ritirare, salvo nei casi di emorragia in atto, una unità per volta da trasfondere immediatamente all'arrivo. Dopo ogni unità trasfusa è utile controllare anche il dato di laboratorio per confermare la necessità di ulteriori trasfusioni.

Grado di urgenza delle richieste e tempi di evasione

La definizione di urgenza è relativa alle esigenze cliniche dei pazienti e non deve essere usata per gestire problemi di tipo logistico e/o organizzativo. Queste problematiche possono essere affrontate concordando con il SIMT i tempi di evasione della richiesta caso per caso. I tempi di evasione si riferiscono al completamento dei test pretrasfusionali indicati. L'effettiva messa a disposizione delle unità dipende dai risultati dei test pretrasfusionali stessi, dall'identificazione di eventuali anticorpi, dalla disponibilità di unità tipizzate compatibili nel SIMT. I tempi di effettiva messa a disposizione delle unità in caso di test pretrasfusionali che non siano negativi non è quindi definibile a priori.

TIPO DI RICHIESTA	ORA DI ARRIVO AL SIMT	ORA DI EVASIONE	NOTE
ordinaria	entro le ore 16 dei giorni feriali	dopo le ore 8.00 del giorno successivo	
Urgente differibile	qualsiasi	modulabile (entro le 6 ore)	i tempi più brevi vanno utilizzati solo per motivi di reale urgenza clinica. Il SIMT contatta il richiedente per eventuali modifiche dell'ora di evasione.
urgente non differibile	qualsiasi	entro 1 ora	
urgentissima	qualsiasi	entro 15 minuti	Contattare SEMPRE telefonicamente il SIMT

N.B.1) Qualora non fossero noti i dati anagrafici completi, segnalare sulla richiesta che l'informazione sarà aggiornata appena il dato sarà disponibile.

N.B.2) se il paziente non è in grado di fornire i propri dati né è possibile risalire in modo certo ad alcun dato anagrafico, è necessario utilizzare altri ausili per l'identificazione (braccialetti con codifiche specifiche ecc.) o se non disponibili identificare comunque il paziente come "sconosciuto/a" seguito da una numerazione progressiva.

N.B.3) Per la richiesta urgentissima il medico richiedente deve attestare che "Data la situazione di emergenza assoluta, a causa delle condizioni cliniche del paziente e sotto la completa responsabilità del richiedente, non è possibile dilazionare la trasfusione neppure per il tempo necessario all'esecuzione delle indagini pre-trasfusionali urgenti" (vedi modulistica allegata). Contattare telefonicamente il SIMT contestualmente all'invio della richiesta "urgentissima".

PRELIEVO

L'identificazione del paziente a scopo trasfusionale è regolata da leggi e raccomandazioni cogenti. In particolare è indispensabile che:

- per la sicurezza trasfusionale i prelievi per la tipizzazione di gruppo sanguigno siano eseguiti in modo distinto (in momenti diversi e possibilmente da operatori diversi) in modo tale da garantire la tipizzazione e successivamente l'effettiva verifica della tipizzazione ABO stessa;
- sia utilizzato per tutti i pazienti candidati alla trasfusione un braccialetto identificativo che riporti cognome, nome, data di nascita e sesso del paziente.

Le modalità di esecuzione del prelievo devono essere tali da rispettare i seguenti requisiti:

- identificazione, se possibile, attiva del paziente (chiedere al paziente di dichiarare cognome e nome e data di nascita);
- controllo al letto dei dati riportati sulla provetta e sulla richiesta;
- verifica della congruenza tra i dati della provetta, quelli della richiesta e quelli riportati sul braccialetto.

Sulla provetta devono essere riportati:

- cognome, nome e data di nascita del paziente;

- firma del prelevatore;
- data e ora del prelievo.

La tipologia di provetta da utilizzare è quella con anticoagulante EDTA (Vacutainer tappo viola) da 5,5-7 ml.

N.B. eventuali campioni prelevati erroneamente in sovrannumero rispetto a quanto previsto non vanno conservati e devono essere immediatamente eliminati.

Tipologia e durata dei test pretrasfusionali

Per la consegna di emazie, plasma e piastrine il paziente deve essere tipizzato per gruppo sanguigno (almeno un gruppo completo ed un ricontrollo); i prelievi devono essere stati eseguiti in tempi diversi e possibilmente non dallo stesso operatore.

Per la trasfusione di emazie sono necessarie la ricerca di anticorpi irregolari o le prove crociate. La validità temporale dei test relativi alle unità consegnate è di tre giorni massimo.

Di norma per la trasfusione di plasma e piastrine non sono necessarie prove crociate di compatibilità e ricerca anticorpi.

I tempi di consegna del plasma includono sempre il tempo necessario per lo scongelamento (45 minuti circa).

Trasporto degli emocomponenti

Il trasporto dal SIMT alla struttura / casa di cura e viceversa è a carico della struttura stessa.

Il SIMT deve essere informato della qualifica del personale addetto al trasporto.

Tale personale deve essere adeguatamente informato sulle caratteristiche e sull'urgenza del trasporto degli emocomponenti.

Il trasporto deve essere effettuato utilizzando contenitori specifici per il trasporto di materiale adeguato a mantenere la temperatura idonea per ogni emocomponente (vedi tabella sottostante) ed a ridurre il rischio di spandimento del materiale e contaminazione degli operatori.

TIPO DI EMOCOMPONENTE	TEMPERATURA DI TRASPORTO	NOTE
Emazie (globuli rossi)	Tra 1° e 10° C	range ideale tra 2° e 6° C
Plasma liquido	Tra 1° e 10° C	range ideale tra 2° e 6° C
Piastrine	Tra 20° e 24° C	Non mettere nello stesso contenitore dei globuli rossi

In ogni caso il sacchetto contenente le unità non deve essere aperto durante il trasporto ed all'arrivo in reparto le unità devono essere controllate e trasfuse.

Non è prevista la conservazione in reparto e le unità vanno trasfuse immediatamente.

TRASFUSIONE DEGLI EMOCOMPONENTI

La struttura/casa di cura/ospedale deve definire le procedure che applica al suo interno per garantire la corretta identificazione del paziente al momento della trasfusione.

La trasfusione viene effettuata sotto la responsabilità di un medico che ne valuta la necessità e l'appropriatezza e ne dispone l'esecuzione.

Un medico deve essere prontamente reperibile in caso di necessità.

Per la sicurezza trasfusionale tutti i controlli devono essere eseguiti in **modo distinto ed autonomo** da due operatori sanitari.

Devono essere garantiti i seguenti requisiti minimi documentandoli, dove prescritto, sulla check list ministeriale allegata alle unità, compilata da due operatori sanitari.

- **Un medico ed un infermiere devono controllare la compatibilità immunologica di gruppo tra l'emocomponente destinato al paziente e il gruppo sanguigno del paziente stesso (referto di gruppo).**
- **Due operatori sanitari al letto del paziente devono effettuare:**

ISPEZIONE UNITÀ DA TRASFONDERE

- controllo integrità dell'unità
- assenza di anomalie evidenti (check list- 2 operatori)
- verifica scadenza dell'unità
- verifica presenza degli eventuali trattamenti richiesti (irradiazione/lavaggio).

VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE

- identificazione del paziente, se possibile attiva (check list- 2 Operatori)
- controllo del braccialetto identificativo riportante cognome, nome, data di nascita e sesso del paziente (check list- 2 Operatori)
- congruità dei dati anagrafici (paziente/referti/etichetta sull'unità / modulistica accompagnamento) e corretto abbinamento unità/documentazione (check list- 2 operatori).

Ogni discrepanza tra identificazione del paziente e dati riportati sull'unità e/o sulla documentazione allegata deve essere risolta e documentata prima di iniziare la trasfusione.

MODALITÀ TECNICHE DI EFFETTUAZIONE DELLA TRASFUSIONE

Le unità non devono essere riscaldate prima della trasfusione.

- la trasfusione deve essere effettuata utilizzando gli appositi set per microaggregati
- la trasfusione deve essere iniziata a goccia lenta (30 gtt/min) e questa velocità deve essere mantenuta per 15/20 minuti circa
- successivamente è possibile aumentare la velocità di infusione fino a circa 4 ml/kg/ora
- la trasfusione di una unità di emocomponenti deve essere conclusa entro le 2-4 ore dall'inizio
- fanno eccezione i pazienti con emorragia in atto o in cui il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico trasfusionale è urgente
- non aggiungere mai farmaci o soluzioni nell'unità di emocomponenti né nella sua via di infusione.

La somministrazione contemporanea di farmaci o soluzioni durante la trasfusione dovrebbe essere evitata, in caso di necessità contattare il centro trasfusionale.

MONITORAGGIO

- Prima di iniziare la trasfusione devono essere controllati e registrati i parametri vitali (Frequenza cardiaca, pressione arteriosa e temperatura)
- l'ora di inizio della trasfusione e gli operatori responsabili delle verifiche e dell'inizio della trasfusione devono essere registrati in cartella clinica

- la trasfusione richiede una stretta sorveglianza del ricevente almeno per i primi 15/20 minuti e periodicamente fino alla fine per garantire la possibilità che una eventuale reazione trasfusionale sia segnalata immediatamente
- ogni segno o sintomo, anche di poco rilievo, che possa essere collegato alla trasfusione deve essere segnalato al medico responsabile ed al SIMT
- terminata la trasfusione devono essere controllati e registrati i parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa e temperatura)
- deve essere compilato il modulo di accompagnamento unità in ogni sua parte
- deve essere inserita in cartella la parte di modulo dedicata al reparto
- la parte di modulo dedicata al SIMT deve essere restituita prima possibile
- verificare l'efficacia della terapia trasfusionale ed il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico
- in caso di reazione trasfusionale avvertire immediatamente il SIMT, compilare la modulistica dedicata (vd allegati) e qualora richiesto dal SIMT inviare un campione di sangue del paziente (provetta EDTA 5- 7 ml) e l'unità implicata
- uno schema dei principali sintomi, sospetti diagnostici e relativi approcci terapeutici legati alle reazioni trasfusionali è allegato alla presente "schema reazione trasfusionale".

RESTITUZIONE DELLE UNITÀ NON TRASFUSE

- Tutti gli emocomponenti non trasfusi devono essere restituiti nel più breve tempo possibile.
- Le unità vanno trasfuse all'arrivo. In ogni caso non devono mai essere conservate in reparto oltre la scadenza dell'unità o successivamente alle dimissioni o trasferimento del paziente cui erano destinate.
- Le unità restituite al SIMT devono essere accompagnate dall'apposito modulo, compilato in ogni sua parte firmato dall'operatore sanitario che attesta le condizioni di conservazione in reparto.
- Le modalità di trasporto sono identiche a quelle previste per il ritiro degli emocomponenti dal servizio trasfusionale.
- La restituzione, per qualunque motivo avvenga, di unità non ermeticamente chiuse (deflussate o lesionate) deve garantire che il materiale contenuto nelle unità non si spanda ulteriormente utilizzando involucri a tenuta. È necessario segnalare la circostanza anche al personale del SIMT addetto al ritiro degli emocomponenti.

AUDIT

La Struttura Sanitaria convenzionata deve garantire:

- la diffusione di questa procedura al personale sanitario coinvolto, conservandone traccia documentata
- la formazione del personale sulla sua applicazione
- la collaborazione con il SIMT per l'effettuazione di AUDIT periodici sulla conoscenza e applicazione della procedura stessa.

ALLEGATI:

Richiesta esami immunoematologici / test pre-trasfusionali

Richiesta trasfusionale di emocomponenti

Richiesta urgentissima

Modulistica allegata alle unità

ETICHETTA DATI Unità/Paziente

Modulistica per segnalazione reazione trasfusionale

Regione Piemonte  AO S. Croce e Carle – Cuneo S.C.I. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	MODULO RICHIESTA ESAMI IMMUNOEMATOLOGICI TEST PRE-TRASFUSIONALI	Mod.296 Data prima emissione: 01/12/2004 Data ultima revisione: 14/06/2023 Revisione n. 02 Direttore Medico Dr.ssa Paola Maria Manzini
---	---	---

Reparto/Ente Tel.....

DATI PAZIENTE

COGNOME **NOME**.....

Nato a il: **[] M [] F**

Codice Fiscale.....

Diagnosi:

**Etichetta
paziente**

RICHIESTA ESAMI IMMUNOEMATOLOGICI

- ☐ Gruppo sanguigno
- ☐ Ricerca anticorpi irregolari (Test di Coombs indiretto)
- ☐ Esami neonato (Gruppo sanguigno + test di Coombs diretto)
- ☐ Test di Coombs diretto
- ☐ Ricerca crioagglutinine (Mantenere campione a 37°C)
- ☐ Anticorpi immuni ABO (Ricerca e titolo Anti-A e/o anti -B)
- ☐ Anticorpi anti-piastrine (Alloanticorpi)
- ☐ Tipizzazione HLA ([] HLA B27; [] HLA B51; [] HLA B57:01; [] HLA Celiachia)
- ☐ Tipizzazione HFE per emocromatosi

ANAMNESI TRASFUSIONALE

Trasfusioni negli ultimi 90 giorni:	Si []	No []	Non so []
Gravidanze attuali o pregresse:	Si []	Data parto.....	No []
Altro evento immunizzante (Interruzione di gravidanza, amniocentesi, villocentesi, trauma addominale in gravidanza)			
	Si []	Data evento.....	No []

Il campione di sangue (provetta in K2EDTA) deve essere accuratamente identificato con i dati del paziente e firmato dall'operatore responsabile dell'identificazione con data e ora del prelievo.

Si attesta di aver verificato la corrispondenza paziente/prelievo/richiesta.

Cognome nome esecutore prelievo **Firma**.....

Data prelievo **ora**

RISERVATO AL SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE

ACCETTAZIONE RICHIESTA

Etichetta Data e ora

Firma di chi riceve.....

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	RICHIESTA TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTI	Mod. 020189 Data prima emissione: 01/01/2005 Data ultima revisione: 14/06/2023 Revisione n. 04 Direttore Medico . Dott.ssa Paola Maria Manzini
---	---	--

Data richiesta:

Reparto/EnteTelefono.....

**Etichetta
paziente**

DATI PAZIENTE

COGNOMENOME.....

Nato a:il: [] M [] F

Diagnosi:.....

Hb (g/dL):..... Plt..... INR..... eseguito il:.....

Peso (kg)..... Indicazioni trasfusionali:.....

RICHIESTA

☐ Type & Screen

☐ Emazie concentrate leucodeplete pre-storage N. unità:..... ☐ irradiate ☐ lavate
☐ Concentrato piastrinico filtrato N. unità:..... ☐ irradiato ☐ lavato
☐ Plasma Fresco Congelato Q.tà richiesta (ml):.....
☐ Cellule Staminali Emopoietiche ☐ Linfociti da aferesi
☐ Gel piastrinico

☐ Non urgente (routine) per il giorno:..... ora:.....

☐ Urgente (minimo 1 ora) per il giorno:..... ora:.....

Trasfusioni negli ultimi 90 giorni: Si ☐ No ☐ Non so ☐

Gravidanze o interruz. di gravidanza attuali o pregresse: Si ☐ Data No ☐

Il campione di sangue (provetta in K2EDTA) deve essere accuratamente identificato con i dati del paziente e firmato dall'operatore responsabile dell'identificazione con data e ora del prelievo.

Si attesta di aver verificato la corrispondenza paziente/prelievo/richiesta.

Cognome nome esecutore prelievo _____ Firma _____

Data prelievo _____ ora _____

Medico richiedente - TIMBRO

Firma _____

RISERVATO AL SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE

ACCETTAZIONE RICHIESTA

Etichetta
Data e ora

Firma di chi riceve

Regione Piemonte  AO S. Croce e Carle – Cuneo S.C.I. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	RICHIESTA URGENTISSIMA CONSEGNA IMMEDIATA SENZA TEST PRE-TRASFUSIONALI	Mod 02/0190 Data prima emissione: 09/06/2014 Data ultima revisione: 14/06/2023 Revisione n. 01 Direttore Medico Dr.ssa Paola Maria Manzini
---	---	---

Reparto/Ente Telefono.....

Etichetta	
amministrativa	paziente

DATI PAZIENTE

COGNOME NOME.....

Nato a: il: [] M [] F

Diagnosi:.....

RICHIESTA

N. unità richieste:..... [] EMAZIE

N. unità richieste [] PLASMA

N. unità richieste [] CONCENTRATO PIASTRINICO

Data la situazione di emergenza assoluta, a causa delle condizioni cliniche del paziente e sotto la completa responsabilità del richiedente, non è possibile dilazionare la trasfusione neppure per il tempo necessario all'esecuzione delle indagini pre-trasfusionali urgenti.

Se è stato eseguito il prelievo al paziente (provetta in K2EDTA), il campione deve essere accuratamente identificato con i dati del paziente e firmato dall'operatore responsabile dell'identificazione con data e ora del prelievo.

Si attesta di aver verificato la corrispondenza paziente/prelievo/richiesta.

Cognome nome esecutore prelievo _____ Firma _____

Data prelievo _____ ora _____

Data richiesta: _____ ora _____

Medico richiedente - TIMBRO

Firma _____

RISERVATO AL SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE

ACCETTAZIONE RICHIESTA

Etichetta Data e ora

Firma di chi riceve _____

NOTE ALLA RICHIESTA URGENTISSIMA DI EMASIE

COMPILARE ED INVIARE AL SIMT. LA COPIA DEL MODULO DOVRA' ESSERE ARCHIVIATA NELLA CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE COME DOCUMENTAZIONE DELLE INDICAZIONI ALLA RICHIESTA TRASFUSIONALE E A TUTELA DEL PAZIENTE E DEL PERSONALE INTERESSATO.

Modalità operativa

- **Compilazione della richiesta cartacea (mod. 02/190) da parte del medico richiedente**, che certifica la necessità trasfusionale del **paziente in condizioni di estrema emergenza**. La richiesta deve essere firmata dal medico richiedente e, se possibile, accompagnata da 1 campione di sangue intero, in provetta (EDTA), firmata dall'operatore che ha eseguito il prelievo, che deve firmare anche la richiesta.
- Consegna **immediata**, da parte del tecnico del SIMT in accordo col laureato di turno, **di 1 o 2 unità di EC di gruppo O Rh negativo. Plasma AB e piastrine 0 in soluzione**. In situazioni di carenza di unità O Rh negativo, possibile assegnazione di unità O Rh positivo in soggetti adulti maschi o femmine età>50aa.
- In presenza di un campione di sangue del paziente correttamente identificato, determinazione del Gruppo Sanguigno e ricerca di alloanticorpi antieritrocitari; se negativa, distribuzione, **in modalità crossmatch informatico**, delle successive unità.
- In caso di **positività anticorpale (TCI positivo)**, segnalazione del quadro immunoematologico al medico richiedente. Seguiranno procedure specifiche per l'assegnazione di unità compatibili, previa esecuzione di crossmatch sierologico e, non appena possibile, per l'identificazione degli anticorpi presenti nel campione.

N.B.: Le unità di EC devono essere trasfuse nel più breve tempo possibile dopo il ritiro utilizzando gli appositi deflussori muniti di filtro.

Qualora l'unità richiesta **non sia utilizzata**, deve essere restituita al SIMT nel più breve tempo possibile. Essa deve essere accompagnata da documentazione attestante la sua integrità e le modalità di trasporto e conservazione.

Modulistica allegata alle unità

SCI SIMT - AO S. Croce e Carle
Via Michele Coppino, 26 - 12100 - Cuneo
Sede di Cuneo tel 0171 642290 / fax 0171 641412
Direttore Dr.ssa Paola Maria Manzini

C.P. 318017
Gruppo/Rh: **B POS** Data di nascita: Sesso: **F**
Luogo di nascita: CF:
N. Richiesta: 2023/716055 Urgenza: Non urgente
Rep. Richiedente: Cuneo EMATOLOGIA - S.CROCE
Rep. Consegna: Cuneo EMATOLOGIA - S.CROCE

10207 23 105694 Emazie Conc.Leuc. Pre-Storage (25000)

Gruppo/Rh Unità: **B+** Scadenza: 11/07/2023 10:18

PROVE DI COMPATIBILITA'

LAVORAZIONI
Irradiamento dose 25Gy RT

TS Eseguito il: Data scadenza:
TCI: NEGATIVO 14/06/2023 15:43 17/06/2023 23:59
DATA RICHIESTA: 16/06/2023
DATA CONSEGNA: 16/06/2023 16:25 Verificato da:

Controllo Compatibilità Immunologica

Firma Medico Firma Infermiere

Data e ora inizio trasfusione: Data e ora fine trasfusione:

Verifiche a letto del paziente

Check Op1 Check Op2

Ispezione unità emocomponenti per la presenza di anomalie:

Identificazione del ricevente (dati anagrafici):

Controllo Braccialeto:

Verifica dati pazienti con dati riportati sull'unità da trasfondere:

Data e ora:

Firma 1° Operatore Firma 2° Operatore

*** CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA ***

SCI SIMT - AO S. Croce e Carle
Via Michele Coppino, 26 - 12100 - Cuneo
Sede di Cuneo tel 0171 642290 / fax 0171 641412
Direttore Dr.ssa Paola Maria Manzini

C.P. 318017
Gruppo/Rh: **B POS** Data di nascita: Sesso: **F**
Luogo di nascita: CF:
N. Richiesta: 2023/716055 Urgenza: Non urgente
Rep. Richiedente: Cuneo EMATOLOGIA - S.CROCE
Rep. Consegna: Cuneo EMATOLOGIA - S.CROCE

10207 23 105694 Emazie Conc.Leuc. Pre-Storage (25000)

Gruppo/Rh Unità: **B+** Scadenza: 11/07/2023 10:18

PROVE DI COMPATIBILITA'

LAVORAZIONI
Irradiamento dose 25Gy RT

TS Eseguito il: Data scadenza:
TCI: NEGATIVO 14/06/2023 15:43 17/06/2023 23:59
DATA RICHIESTA: 16/06/2023
DATA CONSEGNA: 16/06/2023 16:25 Verificato da:

Data e ora inizio trasfusione: Data e ora fine trasfusione:

Trasfusione senza reazioni: Firma Medico/Infermiere

Segnalazione reazioni trasf. Firma Medico

(compilare la Segnalazione Reazioni Trasfusionali e allegarlo alla presente)

*** RESTITUIRE QUESTA META' DEL MODULO AL TRASFUSIONALE ***

UNITA' RESTITUITA in DATA..... ORA..... DA.....

Si dichiara che l'unità è stata conservata correttamente,

mantenendo l'integrità della chiusura (secondo normativa vigente).

NOTE.....

RESTITUIRE L'EMOCOMPONENTE NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE

Firma Medico / Infermiere.....

SCI SIMT - AO S. Croce e Carle
tel 0171 642290 / fax 0171 641412
Direttore Dr.ssa Paola Maria Manzini

Sede di Cuneo

C.P. 318017

Gruppo/Rh: **B POS**

Data di nascita: Sesso: **F**

Luogo di nascita: **SALUZZO (CN)**

CF:

N. Richiesta: 2023/716055

Urgenza: Non urgente

Rep. Richiedente: Cuneo EMATOLOGIA - S.CROCE

Rep. Consegna: Cuneo EMATOLOGIA - S.CROCE

TS

Data scadenza TS: 17/06/2023

N. Unità

Emocomponente

Lavorazioni

10207/23/105694

Emazie Conc.Leuc. Pre-Storage

Irradiazione dose 25Gy RT

DATA RICHIESTA: 16/06/2023 VERIFICATO DA:

DATA CONSEGNA: 16/06/2023 16:25 FIRMA:

PRESA IN CARICO REPARTO DA:

FIRMA DI CHI RITIRA:

Etichetta Unità EMAZIE

SERV. IMMUNOTRASFUSIONALE AO S.CROCE E CARLE - CUNEO - VIA M. COPPINO 26	
10207 20 007253 [G] Numero identificativo	ESITO NEGATIVO PER I SEGUENTI CONTROLLI: HBSAG, HCV AB, HIV 1-2 AB/AG TP AB, HBV PCR, HCV PCR HIV PCR
Prelievo: 02/07/2020 07.46 Emazie Concentrate +add. leucod. pre-storage Peso netto gr. 277 Anticoag./sol. additiva: CPDA - 1/SAG - M 100mL	USO OMOLOGO
25/00/0 [G] PER LA TRASFUSIONE UTILIZZARE UN ADATTO DISPOSITIVO MUNITO DI UN FILTRO DA 170-200 MU M. NON UTILIZZARE A SCOPO TRAS- FUSIONALE SE PRESENTA EMOLISI O ALTRE ANOMALIE EVIDENTI	A1 POS CCDee [0]
Scadenza: 29/07/2020 23.59	kk Jka-b+ [G]
Leucodepleta (filtro in linea) - CONSERVARE FRA +2 E +6 °C IRRADIATA (data 03/07/2020 ora: 13.41 dose 25 Gy da Radioterapia)	

Tipo emocomponente

Gruppo sanguigno unità

Regione Piemonte SCI SIMT - AO S. Croce e Carle Via Michele Coppino, 26 -12100- Cuneo	
L'unità: 1020723105689 Prodotto: Emazie Conc. Leuc. Pre-Storage è trasfondibile per il paziente:	
Sesso: M Nato/a il: 2 A C.F.: Gruppo A POS CcDee kk TCI: NEG del 17/06/2023 Ospedale: Cuneo Reparto: CHIRURGIA VASCOLARE - S.CROCE Assegnazione: 17/06/2023 11:54	
Barcode Check  1020723105689  25000	

ETICHETTA DATI Unità/Paziente

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	MOD_{SIMT-AO_006} Segnalazione di reazione trasfusionale* PROGRAMMA DI EMOVIGILANZA	Data di prima emissione: 06/12/2012 Data ultima revisione: 16/06/2023 Revisione n. 04

***Compilare attentamente in tutte le sue parti e inviare al S.I.M.T. appena possibile**

Struttura sanitaria.....RepartoTelefono.....

(1) RICEVENTE: cognome.....nome..... Data di nascita Sesso: M/F Gravidanze: NO/SI n. DIAGNOSI: Indicazione alla trasfusione: Trasfusioni precedenti: NO/ SI n. Reazioni precedenti: NO/ SI tipo/n.
--

(2) EMOCOMPONENTE UTILIZZATO (autologo compreso) EMAZIE (tipo: filtrate, irradiate, lavate) CONC. PIASTRINICO da pool / da aferesi PLASMA (tipo:) Altro	N. di identificazione dell'unità
--	--

(3) TRASFUSIONE Trasfusione interrotta: NO / SI Tempo intercorso fra l'inizio della trasfusione e la reazione: (min., ore, giorni)	Data d'inizio:/...../..... ora inizio Quantità infusa: mL
---	--

(4) SINTOMATOLOGIA (selezionare le voci interessate e completare ove richiesto) ☐ ORTICARIA / PONFI ☐ PRURITO ☐ NAUSEA ☐ VOMITO ☐ ANAFILASSI ☐ SENSO DI ANGOSCIA ☐ CEFALEA ☐ DOLORE (sede) ☐ PRECORDIALGIE ☐ CIANOSI ☐ FEBBRE (aumento della temperatura >°C) ☐ BRIVIDI ☐ SHOCK ☐ IPOTENSIONE: PAO ☐ TACHICARDIA: frequenza min. ☐ BRADICARDIA: frequenza min. ☐ EMOGLOBINURIA ☐ OLIGO-ANURIA ☐ DISPNEA ☐ BRONCOSPASMO ☐ TOSSE ☐ COSTRIZIONE TORACICA ☐ C.I.D. ☐ SINDROME EMORRAGICA ☐ TROMBOCITOPENIA ☐ PORPORA ☐ DIARREA ☐ SUBITTERO / ITTERO ☐ RIALZO TRANSAMINASI ☐ ERRORE TRASFUSIONALE (.....) ALTRO.....
--

(5) TERAPIA..... Ritengo che l'evento possa interessare altri riceventi? SI / NO Ho avvisato appena possibile il S.I.M.T.? SI / NO E' stata richiesta emocoltura? SI / NO Ho provveduto all'invio dei campioni richiesti per le indagini: al SIMT 1 provetta di sangue in EDTA (tappo viola) ed il residuo dell'unità trasfusa)? SI / NO; al laboratorio: il primo campione d'urina? SI / NO
--

Data: Timbro e firma del medico che ha gestito la reazione:.....