

REPORT ANNUALE ANNO

Struttura Sanitaria

Tipo di emocomponente	n° prodotti	n° applicati	tot. pazienti trattati	n° controlli di qualità	piastrine < 500 / μ l	colturale positivo
Gel piastrinico / PRGF						

Campo di applicazione

Descrizione trattamento (per branca specialistica)	n° pazienti trattati	n° applicazioni	n° eventi avversi
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Data segnalazione ____/____/____

Firma del Direttore Sanitario

NOTE A CURA DEL MEDICO DEL SIMT

Data ____/____/____

Firma
