

PARTO IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

(Legge Regionale n° 26 del 1998)

ALLEGATO 17

PARTO IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

(Legge Regionale n° 26 del 1998)

ISTRUZIONI OPERATIVE

PROVETTE DA CONSEGNARE AL SERVIZIO TRASFUSIONALE PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI IMMUNOEMATOLOGICHE POST PARTUM

MADRE



UTILIZZARE PROVETTA TAPPO LILLA
PICCOLA CON EDTA DA 3 ML.

IL CAMPIONE DEVE RIPORTARE:

- ✓ COGNOME E NOME DELLA MAMMA
- ✓ DATA DI NASCITA
- ✓ DATA e ORA DEL PRELIEVO
- ✓ FIRMA DELL'OPERATORE CHE HA ESEGUITO IL PRELIEVO
- ✓ LA DICITURA "**MADRE**"
- ✓ LA SCRITTA "DOMICILIO"

I DATI ANAGRAFICI DELLA PAZIENTE DEVONO ESSERE TRASCRITTI IN PRESENZA DELLA STESSA PAZIENTE CHE DEVE CONFERMARE I PROPRI DATI

NEONATO



UTILIZZARE PROVETTA TAPPO LILLA
PICCOLA CON EDTA DA 3 ML (SANGUE
FUNICOLARE DEL NEONATO)

IL CAMPIONE DEVE RIPORTARE:

- ✓ COGNOME E NOME DELLA MAMMA
- ✓ DATA DI NASCITA
- ✓ DATA e ORA DEL PRELIEVO
- ✓ FIRMA DELL'OPERATORE CHE HA ESEGUITO IL PRELIEVO
- ✓ LA DICITURA "**NEO**" (NEONATO)
- ✓ LA SCRITTA "DOMICILIO"

PARTO IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

(Legge Regionale n° 26 del 1998)

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE CON LE PROVETTE

I campioni devono essere accompagnati da:

- ✓ Richiesta di indagini immunoematologiche di interesse ostetrico (allegato 1)
- ✓ Impegnativa del medico

La richiesta di indagini immunoematologiche deve essere compilata e firmata dal medico richiedente e firmata dall'operatore (ostetrica, medico) che ha eseguito il prelievo.

E' obbligatorio riportare sulla documentazione il numero telefonico del medico da contattare in caso di necessita'.

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE PER IL RITIRO DEI REFERTI

Al momento del ritiro del referto presentarsi allo sportello del settore distribuzione emocomponenti del Servizio muniti di:

- ✓ Delega compilata e firmata dalla paziente e dal delegato (allegato 2)
- ✓ Copia di un documento di identita' della paziente
- ✓ Documento d identita' della persona che ritira il referto

DOCUMENTAZIONE DA INVIARE AL SERVIZIO TRASFUSIONALE SUBITO DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DI IMMUNOGLOBULINE

Nel caso vengano somministrate immunoglobuline alla paziente, inviare tramite fax al numero 0521 703197 il modulo "comunicazione immunoprofilassi" (allegato 3) compilato e firmato dal medico

ORARIO DI CONSEGNA DEI CAMPIONI/DOCUMENTAZIONE E RITIRO REFERTI

I campioni possono essere consegnati al servizio trasfusionale dalle ore 8:00 alle ore 18:00, in situazioni di urgenza dalle 7 alle ore 22.

I referti possono essere ritirati 24 ore dopo la consegna dei campioni dal lunedì' al venerdì' dalle ore 8:00 alle 14:00 presso il settore distribuzione del Servizio Trasfusionale. In caso di urgenza possono essere ritirati dalle 8.00 alle 20.00 anche nei giorni prefestivi e festivi.

In caso di urgenza, il medico del Trasfusionale contattera' il medico richiedente.

Nota Bene: I campioni o la documentazione non correttamente compilata/firmata non potranno essere accettati dal personale del Servizio Trasfusionale.

PARTO IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

(Legge Regionale n° 26 del 1998)

MODULO RICHIESTA IMMUNOPROFILASSI

ALLEGATO 1 PROTOCOLLO AUSL PARMA REV 0 DEL 29/11/2021

COD REPARTO: _____ DOMICILIO _____
MEDICO RICHIEDENTE _____ TEL. _____

MADRE

COGNOME _____ NOME _____

NATA A _____ IL _____

RESIDENTE IN VIA _____ CITTA' _____

TELEFONO _____

GRUPPO SANGUIGNO _____ FATTORE Rh _____ FENOTIPO _____

PARITA' _____

DATA DEL PARTO _____ ALLE ORE _____

ESAMI RICHIESTI:

- GRUPPO ABO e Rh
 TEST DI COOMBS INDIRETTO
 SPECIFICITA' DELL'ANTICORPO _____
 TITOLAZIONE DELL'ANTICORPO _____
 IMMUNOPROFILASSI ESEGUITA IN DATA _____

NEONATO:

COGNOME _____ NOME _____

ESAMI RICHIESTI

- GRUPPO ABO e Rh
 TEST DI COOMBS DIRETTO
 ALTRI _____

Osservazioni: _____

Timbro e Firma
del Medico Richiedente

Firma dell'Ostetrica che ha
eseguito il prelievo

Data ____/____/____

PARTO IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

(Legge Regionale n° 26 del 1998)

ALLEGATO 2 PROTOCOLLO AUSL PARMA REV OTTOBRE 2018

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA

DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a nato/a il a
residente a (cap.) via n.
in qualità di: (persona in cura interessata) Interessato Esponente responsabilità genitoriale Tutore/amministratore di sostegno
del/la sig./sig.ra/minore nato/a il a (prov.)
 DELEGA al ritiro il/la Sig./Sig.ra nato/a il a (prov.)
 CHIEDE l'invio con spese a proprio carico, al/alla Sig./Sig.ra presso il seguente indirizzo:
via n. località (prov.) cap.
della documentazione sanitaria (specificare):

- Conscio delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.
- Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 (c.d. GDPR), che i dati personali contenuti nella presente delega sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Titolare del trattamento, da personale autorizzato, per il soddisfacimento della Sua richiesta, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono raccolti. Il Dpo è contattabile alla mail: dpo@aio.pr.it.
- Allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante.
- Il delegato dovrà essere persona maggiorenne e dovrà esibire al momento del ritiro un proprio documento di identità.
- Lei potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del GDPR, ove applicabili al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
- La documentazione sanitaria, in busta chiusa, dovrà essere consegnata al medico di Medicina Generale per consentirgli di acquisire tutti gli elementi necessari per valutare il caso e prescrivere ulteriori esami e terapie.

Parma,

Firma dell'interessato/delegante

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA

DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a nato/a il a
residente a (cap.) via n.
in qualità di: (persona in cura interessata) Interessato Esponente responsabilità genitoriale Tutore/amministratore di sostegno
del/la sig./sig.ra/minore nato/a il a (prov.)
 DELEGA al ritiro il/la Sig./Sig.ra nato/a il a (prov.)
 CHIEDE l'invio con spese a proprio carico, al/alla Sig./Sig.ra presso il seguente indirizzo:
via n. località (prov.) cap.
della documentazione sanitaria (specificare):

- Conscio delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.
- Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 (c.d. GDPR), che i dati personali contenuti nella presente delega sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Titolare del trattamento, da personale autorizzato, per il soddisfacimento della Sua richiesta, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono raccolti. Il Dpo è contattabile alla mail: dpo@aio.pr.it.
- Allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante.
- Il delegato dovrà essere persona maggiorenne e dovrà esibire al momento del ritiro un proprio documento di identità.

PARTO IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

(Legge Regionale n° 26 del 1998)

MODULO COMUNICAZIONE IMMUNOPROFILASSI

ALLEGATO 3 PROTOCOLLO AUSL PARMA REV 0 DEL 29/11/2021

Si certifica che la Sig.ra:

COGNOME _____ NOME _____

NATA IL _____ GRUPPO SANGUIGNO _____ FATTORE Rh _____

RESIDENTE IN VIA _____ CITTA' _____ TEL. _____

MEDICO CURANTE _____ TEL. _____

GINECOLOGO _____ TEL. _____

Gravidanza in corso alla _____ settimana

Gravidanze precedenti 1a _____ 2a _____ 3a _____ 4a _____ 5a _____ 6a _____

Trasfusioni ricevute SI in data _____ NO

Test di Coombs indiretto eseguito il : _____ NEG POS

Profilassi effettuate nei 6 mesi precedenti la data attuale SI in data _____ NO

ESEGUITA IMMUNOPROFILASSI in data _____ per il seguente motivo:

1) **PRENATALE SISTEMICA:** 28[^] SETTIMANA SI NO

2) **A SEGUITO DI EVENTI POTENZIALMENTE IMMUNIZZANTI:**

- **Diagnosi prenatali invasive (amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi ecc)**

SI in data _____ NO

- **Aborto/IVG** SI in data _____ NO

- **Traumi** SI in data _____ NO

- **Altro** SI in data _____ NO

3) **POST PARTUM** SI in data _____ NO

4) **NON E' STATA SOTTOPOSTA AD IMMUNOPROFILASSI PER IL SEGUENTE MOTIVO:**

Timbro e Firma del Medico _____

N.B.: Questo modulo deve essere compilato dal Medico Ginecologo.

Come da Raccomandazioni SIMTI/SIGO ed. 2014 (www.sigo.it - linee guida nazionali) si ricorda che nelle donne Rh negative che eseguono la profilassi ante-natale alla 28[^] settimana di gestazione, il Test di Coombs Indiretto (TCI) deve essere eseguito prima della somministrazione dell'immunoprofilassi

Inviare tramite Fax al numero: 0521 703197 (fax presidiato)