

**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.

(Segnare la voce che interessa)

**Informazioni relative al/ai prodotto/i somministrato/i per i soggetti di cui al punto 1) .**

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

1) ..... dal ..... al .....

2) ..... dal ..... al .....

3) ..... dal ..... al .....

Annotazioni:.....  
.....  
.....

**Informazioni relative al/ai prodotto/i somministrato/i per i soggetti di cui al punto 2) .**

Tipo/i ..... Tipo/i .....

N° unità..... N° unità.....

Data/e di somministrazione ..... Data/e di somministrazione .....

.....

Luogo/ghi di somministrazione ..... Luogo/ghi di somministrazione .....

.....

Annotazioni .....  
.....  
.....

**Informazioni relative all'infezione HIV:**

Data rilevamento sierologico: ..... / ..... / .....

Data diagnosi di malattia: ..... / ..... / .....

Data grave immunodepressione (CD4 < 200 ml): ..... / ..... / .....

**Informazioni relative all'infezione da virus epatitici:**

Data rilevamento sierologico HBSAg: ..... / ..... / .....

Data anti HCV: ..... / ..... / .....

Data diagnosi di epatopatia irreversibile: ..... / ..... / .....

**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:** ..... / ..... / .....

..... li, .....

.....  
(firma e timbro del medico compilatore)