

## 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 epatici:**

Data rilevamento sierologico HBSAg:       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

Data anti HCV:                               |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

Data 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 epatici: .....

.....

Data del decesso:                           |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

.....  
(firma e timbro)