

**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA TRASFUSIONE
O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

| |
|-------------------------|
| Cognome e nome |
| Luogo e data di nascita |
| Indirizzo |

CONDIZIONE PATOLOGICA CHE HA RICHiesto LA TRASFUSIONE O LA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) Politrasmfuso per emopatia cronica | <input type="checkbox"/> 2) Trasmfuso per evento acuto |
| Informazioni relative al prodotto/i somministrato/i per i soggetti di cui al punto 1) | |
| Tipo/i e periodo/i di somministrazione: | |
| dal | al |
| Annotazioni | |
| Informazioni relative al prodotto somministrato (soggetti di cui al punto 2) | |
| Tipo | |
| N° unit  | |
| Data di somministrazione | |
| Luogo di somministrazione | |
| Annotazioni | |
| Informazioni relative all'infezione HIV (rilevamenti date) | |
| Prima positivit  | Diagnosi malattia |
| Grave immunodepressione (CD4<200ml) | Decesso |
| Informazioni relative all'infezione da virus epatici (rilevamenti date) | |
| HBV | HBV DNA |
| HCV | HCV PRC RNA |

Data

(firma e timbro del medico)

Barrare la voce che interessa.