

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

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
(cognome) | (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Luogo di somministrazione: \_\_\_\_\_

Annotazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Scheda informativa trasfusione o somministrazione emoderivati- L. 210/92**  
**Da compilarsi a cura del Medico**

**Informazioni relative all'infezione da HIV:**

Data rilevamento sierologico: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Data diagnosi di malattia: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Data grave immunodepressione (CD4<200ml): \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

**Informazioni relative all'infezione da virus dell'epatite:**

Data rilevamento sierologico HBSAg: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Data anti HCV: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Data diagnosi di epatopatia irreversibile: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Data dell'avvenuto decesso: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

**B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio**

Data evento che ha determinato l'infezione: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Informazioni relative all'infezione da HIV: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Informazioni relative all'infezione da virus epatici: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

Data del decesso: \_\_\_\_\_  
(giorno) (mese) (anno)

\_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma per esteso, leggibile)

**Allegato n. 8**