



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Bar Code

Bar Code

Bar Code  
Securblood

Co.B.U.S. COMITATO OSPEDALIERO per il BUON USO del SANGUE - SIMT di RAGUSA, MODICA, VITTORIA

 **RICHIESTA TYPE AND SCREEN** **RICHIESTA EMOCOMPONENTI**

Reparto _____	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> DH	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Ragusa	<input type="checkbox"/> Civile	<input type="checkbox"/> OMPA	<input type="checkbox"/> Clin. Med.
				<input type="checkbox"/> Modica	<input type="checkbox"/> Scicli	<input type="checkbox"/> Vittoria	<input type="checkbox"/> Comiso
Cognome _____	Nome _____		Nato/a il _____				
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Diagnosi _____						
Peso Kg. _____	Intervento chirurgico _____						
Trasfusioni precedenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data ultima _____	Gravidanze precedenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
Reazioni trasfusionali <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo reazione: <input type="checkbox"/> Brividi/febbre <input type="checkbox"/> Orticaria <input type="checkbox"/> Emolitica <input type="checkbox"/> Altre reazioni						

<b>EMAZIE CONCENTRATE</b>	N. Unità richieste	<b>CONCENTRATI PIASTRINICI</b>	N. Unità richieste	<b>PLASMA FRESCO CONGELATO</b>	Quantità richiesta (ml)
Hb pretrasfusione _____ g/dl		Piastrine pretrasfusione _____ /ul		Valori coagulazione pretrasfusione	
<b>INDICAZIONI</b>		<b>INDICAZIONI</b>		PT _____ INR      APTT _____ ratio	
<input type="checkbox"/> <b>R01</b> Hb < 8 g/dl in assenza di terapie alternative <input type="checkbox"/> <b>R02</b> Eritroexchange <input type="checkbox"/> <b>R03</b> Hb < 10 g/dl in paziente sintomatico e con marcata diminuzione ossigenazione (cardio e pneumopatie) <input type="checkbox"/> <b>R06</b> Hb < 10 g/dl in paziente sottoposto a chemioterapia o radioterapia <input type="checkbox"/> <b>R07</b> Emorragia acuta <input type="checkbox"/> <b>R04</b> Hb < 13 g/dl in neonato sintomatico <input type="checkbox"/> <b>R05</b> Anemia grave alla nascita Hb < 8 g/dl <input type="checkbox"/> <b>R10</b> Exsanguinotrasfusione per iperbilirubinemia (Sangue intero ricostituito) <input type="checkbox"/> <b>R11</b> Exsanguinotrasfusione per MEN (Sangue intero ricostituito) <input type="checkbox"/> <b>R99</b> Altre indicazioni (concordate con il SIMT)		<input type="checkbox"/> <b>P01</b> Profilassi pazienti medici con plt < 10.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P02</b> Terapia pazienti medici con plt < 20.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P03</b> Terapia pazienti chirurgici con plt < 50.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P04</b> Profilassi pazienti chirurgici con plt < 80.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P05</b> Profilassi neonati a termine con plt < 30.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P06</b> Profilassi neonati critici con plt < 50.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P07</b> Terapia neonati con sanguinamento in atto con plt < 100.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P08</b> Piastrinopatie <input type="checkbox"/> <b>P99</b> Altre indicazioni (concordate con il SIMT)		<input type="checkbox"/> <b>F01</b> Emorragia in deficit congeniti o acquisiti di singoli fattori della coagulazione <input type="checkbox"/> <b>F02</b> Fase acuta della coagulazione intravasale disseminata (CID) <input type="checkbox"/> <b>F03</b> Emorragia in iperdosaggio anticoagulanti orali <input type="checkbox"/> <b>F04</b> Porpora trombotica trombocitopenica (PTT) <input type="checkbox"/> <b>F99</b> Altre indicazioni (concordate con il SIMT)	
Eventuali trattamenti cui sottoporre gli emocomponenti: <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Irradiazione					
Le indicazioni sono in linea con le Raccomandazioni SIMTI sul corretto utilizzo degli emocomponenti e plasmaderivati adottate dal CoBUS dell'ASP 7.					

**MODALITA' DI EVASIONE DELLA RICHIESTA EMOCOMPONENTI**

<input type="checkbox"/> <b>PROGRAMMATTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>URGENTE</b>
<input type="checkbox"/> Trasfusione in giornata <input type="checkbox"/> Trasfusione per giorno _____ Ore _____ Ore _____	Le unità verranno consegnate entro un tempo massimo di 1 ora dall'arrivo della richiesta presso il SIMT, salvo situazioni di forza maggiore, quali incompatibilità o mancato arrivo di eventuali campioni di sangue richiesti.

Si invia con la richiesta n° 1 campione di sangue del paziente da 7 ml (EDTA tappo viola). La provetta deve riportare in modo univoco le generalità anagrafiche del paziente (cognome, nome, data di nascita), la data e l'ora del prelievo e la firma di chi ha effettuato il prelievo.

Data e ora della richiesta ____/____/____ : ____	Cognome nome di chi effettua il prelievo (stampatello)	Firma	Cognome nome medico richiedente (stampatello)	Firma
---	--	-------	---	-------

**Parte riservata al SIMT**

<b>Richiesta pervenuta al SIMT</b> alle ore _____ del _____	Consegnata da	Cognome in stampatello	Firma	<input type="checkbox"/> <b>Richiesta conforme</b> <input type="checkbox"/> <b>Richiesta non conforme</b> Il tecnico _____	Motivi non conformità
	Accettata da				

<b>SECONDO CAMPIONE CONTROLLO GRUPPO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Secondo campione pervenuto al SIMT</b> alle ore _____ del _____	Consegnato da	Cognome in stampatello	Firma
		Accettato da		

<input type="checkbox"/> <b>Richiesta congrua</b> <input type="checkbox"/> <b>Richiesta incongrua</b> Il medico del SIMT _____	<b>NOTE</b>
--	-------------

Copia per il SIMT



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

# Bar Code Securblood

Co.B.U.S. COMITATO OSPEDALIERO per il BUON USO del SANGUE - SIMT di RAGUSA, MODICA, VITTORIA

 **RICHIESTA TYPE AND SCREEN**
 **RICHIESTA EMOCOMPONENTI**

Reparto _____	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> DH	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Ragusa	<input type="checkbox"/> Civile	<input type="checkbox"/> OMPA	<input type="checkbox"/> Clin. Med.
Cognome _____	Nome _____	Nato/a il _____					
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Diagnosi _____						
Peso Kg. _____	Intervento chirurgico _____						
Trasfusioni precedenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data ultima _____	Gravidanze precedenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
Reazioni trasfusionali <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo reazione: <input type="checkbox"/> Brividi/febbre <input type="checkbox"/> Orticaria <input type="checkbox"/> Emolitica <input type="checkbox"/> Altre reazioni						

<b>EMAZIE CONCENTRATE</b>	N. Unità richieste	<b>CONCENTRATI PIASTRINICI</b>	N. Unità richieste	<b>PLASMA FRESCO CONGELATO</b>	Quantità richiesta (ml)
Hb pretrasfusione _____ g/dl		Piastrine pretrasfusione _____ /ul		Valori coagulazione pretrasfusione	
<b>INDICAZIONI</b>		<b>INDICAZIONI</b>		PT _____ INR      APTT _____ ratio	
<input type="checkbox"/> <b>R01</b> Hb < 8 g/dl in assenza di terapie alternative <input type="checkbox"/> <b>R02</b> Eritroexchange <input type="checkbox"/> <b>R03</b> Hb < 10 g/dl in paziente sintomatico e con marcata diminuzione ossigenazione (cardio e pneumopatie) <input type="checkbox"/> <b>R06</b> Hb < 10 g/dl in paziente sottoposto a chemioterapia o radioterapia <input type="checkbox"/> <b>R07</b> Emorragia acuta <input type="checkbox"/> <b>R04</b> Hb < 13 g/dl in neonato sintomatico <input type="checkbox"/> <b>R05</b> Anemia grave alla nascita Hb < 8 g/dl <input type="checkbox"/> <b>R10</b> Exsanguinotrasfusione per iperbilirubinemia (Sangue intero ricostituito) <input type="checkbox"/> <b>R11</b> Exsanguinotrasfusione per MEN (Sangue intero ricostituito) <input type="checkbox"/> <b>R99</b> Altre indicazioni (concordate con il SIMT)		<input type="checkbox"/> <b>P01</b> Profilassi pazienti medici con plt < 10.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P02</b> Terapia pazienti medici con plt < 20.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P03</b> Terapia pazienti chirurgici con plt < 50.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P04</b> Profilassi pazienti chirurgici con plt < 80.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P05</b> Profilassi neonati a termine con plt < 30.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P06</b> Profilassi neonati critici con plt < 50.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P07</b> Terapia neonati con sanguinamento in atto con plt < 100.000/ul <input type="checkbox"/> <b>P08</b> Piastrinopatie <input type="checkbox"/> <b>P99</b> Altre indicazioni (concordate con il SIMT)		<input type="checkbox"/> <b>F01</b> Emorragia in deficit congeniti o acquisiti di singoli fattori della coagulazione <input type="checkbox"/> <b>F02</b> Fase acuta della coagulazione intravasale disseminata (CID) <input type="checkbox"/> <b>F03</b> Emorragia in iperdosaggio anticoagulanti orali <input type="checkbox"/> <b>F04</b> Porpora trombotica trombocitopenica (PTT) <input type="checkbox"/> <b>F99</b> Altre indicazioni (concordate con il SIMT)	
Eventuali trattamenti cui sottoporre gli emocomponenti: <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Irradiazione					
Le indicazioni sono in linea con le Raccomandazioni SIMTI sul corretto utilizzo degli emocomponenti e plasmaderivati adottate dal CoBUS dell'ASP 7.					

**MODALITA' DI EVASIONE DELLA RICHIESTA EMOCOMPONENTI**

<input type="checkbox"/> <b>PROGRAMMATTA</b> <input type="checkbox"/> Trasfusione in giornata <input type="checkbox"/> Trasfusione per giorno _____ Ore _____ Ore _____	<input type="checkbox"/> <b>URGENTE</b> Le unità verranno consegnate entro un tempo massimo di 1 ora dall'arrivo della richiesta presso il SIMT, salvo situazioni di forza maggiore, quali incompatibilità o mancato arrivo di eventuali campioni di sangue richiesti.
---	---

Si invia con la richiesta n° 1 campione di sangue del paziente da 7 ml (EDTA tappo viola). La provetta deve riportare in modo univoco le generalità anagrafiche del paziente (cognome, nome, data di nascita), la data e l'ora del prelievo e la firma di chi ha effettuato il prelievo.

Data e ora della richiesta ____/____/____ : ____	Cognome nome di chi effettua il prelievo (stampatello)	Firma	Cognome nome medico richiedente (stampatello)	Firma
---	--	-------	---	-------

**Parte riservata al SIMT**

<b>Richiesta pervenuta al SIMT</b> alle ore _____ del _____	Consegnata da _____ Accettata da _____	Cognome in stampatello Firma	<input type="checkbox"/> <b>Richiesta conforme</b> <input type="checkbox"/> <b>Richiesta non conforme</b> Il tecnico _____	Motivi non conformità
---	---	---------------------------------	--	-----------------------

<b>SECONDO CAMPIONE CONTROLLO GRUPPO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Secondo campione pervenuto al SIMT</b> alle ore _____ del _____	Cognome in stampatello Firma
	Consegnato da _____ Accettato da _____	

- Richiesta congrua  
 Richiesta incongrua  
 Il medico del SIMT \_\_\_\_\_

**NOTE**
**Copia per il reparto**

**Il sangue per uso trasfusionale è di esclusiva origine umana. Si tratta di una risorsa terapeutica limitata e deperibile che, accanto a vantaggi, comporta anche rischi limitati ma misurabili. Per ridurre i rischi ed evitare carenze, il sangue va utilizzato solo quando ne esiste precisa indicazione e ricorrendo all'emocomponente specifico per il difetto che si vuole correggere.**

**Per le richieste di emazie concentrate in modalità "URGENTISSIMA" fare riferimento alla relativa procedura approvata dal CoBUS e contattare il SIMT.**

## PROCEDURA TRASFUSIONALE

Liberamente adattata alle raccomandazioni WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità)

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutare le necessità cliniche di sangue del paziente e stabilire per quando il sangue è richiesto</li> <li>2. Informare il paziente e/o i congiunti circa il trattamento trasfusionale richiesto e registrare nella cartella del paziente che ciò è stato fatto</li> <li>3. Registrare il consenso informato alla trasfusione omologa sull'apposito modulo. In caso di impossibilità del paziente a rilasciare il consenso, esso deve essere firmato dal medico richiedente la trasfusione</li> <li>4. Registrare nella cartella del paziente le indicazioni alla trasfusione</li> <li>5. Scegliere l'emocomponente richiesto e la quantità richiesta</li> <li>6. Nel caso in cui il paziente ha a disposizione componenti autologhi, questi dovranno essere utilizzati prima degli eventuali componenti omologhi</li> <li>7. Completare la richiesta in maniera accurata e leggibile. Indicare i motivi della trasfusione così che il SIMT possa scegliere e sottoporre ai test pretrasfusionali l'emocomponente più idoneo</li> <li>8. Prelevare, etichettare e firmare il campione di sangue del paziente per gli esami pretrasfusionali (provetta EDTA tipo emocromo da 7 ml) e per la conferma del gruppo (provetta EDTA tipo emocromo da 3 ml), quando richiesto dal SIMT.</li> <li>9. Inviare richiesta e campione di sangue per le prove pretrasfusionali al SIMT</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Controllare accuratamente:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'identità del paziente,</li> <li>• L'identità dell'emocomponente</li> <li>• La documentazione clinica del ricevente</li> </ul> </li> <li>11. Somministrare l'emocomponente</li> <li>12. Registrare sulla cartella del paziente:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data della trasfusione</li> <li>• Tipo e quantità in volume di ciascun emocomponente trasfuso</li> <li>• Numero identificativo della donazione di ciascun emocomponente trasfuso</li> <li>• Gruppo sanguigno di ciascun emocomponente trasfuso</li> <li>• Ora in cui la trasfusione di ogni emocomponente è iniziata ed è terminata</li> <li>• Parametri vitali all'inizio e alla fine della trasfusione: da registrare quest'ultimi entro 60 minuti dalla fine della trasfusione</li> <li>• Firma della persona che ha trasfuso gli emocomponenti</li> </ul> </li> <li>13. Registrare eventuali reazioni avverse e i provvedimenti intrapresi</li> <li>14. Monitorare il ricevente prima, durante e dopo la trasfusione</li> <li>15. Restituire le unità non trasfuse al SIMT nel più breve tempo possibile</li> </ol> |
|---|--|

## INDICAZIONI INAPPROPRIATE ALL'USO DEL PLASMA

- Espansione del volume ematico
- Ipoproteinemia
- Correzione di immunodeficit
- A scopo nutrizionale
- Correzione di deficit congeniti o acquisiti di fattori della coagulazione non accompagnati da emorragia, o correzione di disturbi emostatici nelle epatopatie croniche non scompenstate in senso emorragico.

### MODALITA' DI UTILIZZO DEL PLASMA

La dose di plasma fresco congelato da trasfondere è strettamente collegata alla situazione clinica del paziente: in genere, come dose di partenza, possono essere accettabili 10-15 ml/Kg di peso corporeo. E' comunque fondamentale monitorare la risposta clinica e laboratoristica (PT, APTT, eventuale dosaggio di singoli fattori) che possono giustificare la somministrazione di dosi superiori.