

 ASP RAGUSA Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	RICHIESTA EMOCOMPONENTI PER USO NON TRASFUSIONALE (EUNT) AUTOLOGHI	EUNT/M1 Rev. 07 30/09/2025
--	--	--

A cura del Medico Specialista richiedente

☐ INTERNO ☐ ESTERNO ☐ ALPI	Ospedale ☐ Comiso ☐ Modica ☐ Ragusa GPII ☐ Ragusa MPA ☐ Scicli ☐ Vittoria ☐ Clinica Mediterraneo	Reparto _____
Cognome Nome Paziente _____	Data di nascita _____	Telefono _____

INDICAZIONI

VULNOLOGIA ☐ ULCERE PIEDE DIABETICO (per ciclo di trattamento corrispondente a 12 applicazioni) ☐ ULCERE E FERITE DI DIFFICILE GUARIGIONE (per ciclo di trattamento corrispondente a 12 applicazioni) ☐ ESITI DA USTIONE	ORTOPEDIA ☐ OSTEOARTROSI DEL GINOCCHIO E DELL'ANCA DI GRADO 1-3 SECONDO LA SCALA DI KELLGREN-LAURENCE (per ciclo di trattamento corrispondente a 3 applicazioni) ☐ OSTEOARTROSI ARTICOLAZIONE TEMPORO- MANDIBOLARE (per ciclo di trattamento corrispondente a 3 applicazioni) ☐ OSTEOARTROSI DELLA CAVIGLIA (per ciclo di trattamento corrispondente a 3 applicazioni) ☐ PSEUDOARTROSI ☐ LESIONE/RICOSTRUZIONE LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE ☐ TENDINOPATIA ROTULEA ☐ TRATTAMENTO INFILTRATIVO DELLE EPICONDILITI ☐ INFIAMMAZIONE TENDINE D'ACHILLE ☐ LESIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI ☐ ALTRE PATOLOGIE OSTEO-MUSCOLARI LIGAMENTOSE (ES. FASCITE PLANTARE)
OCULISTICA ☐ SINDROME DELL'OCCHIO SECCO ☐ LESIONI, ULCERE DELLA SUPERFICIE CORNEALE ☐ USTIONI DELLA SUPERFICIE OCULARE	
ALTRE INDICAZIONI ☐ _____	

EUNT RICHIESTO

☐ CONCENTRATO PIASTRINICO (GEL) Aliquota standard 2.5 mL	☐ CONCENTRATO PIASTRINICO PER INFILTRAZIONE Aliquota standard 2.5 mL	☐ CONCENTRATO PIASTRINICO COLLIRIO (terapia standard 10 gg)
Lesione ulcerativa (cm _____ x cm _____ x cm _____)	☐ Con attivatore Ca gluconato ☐ Senza attivatore	Sede Infiltrazione _____ Durata terapia _____
ALIQUOTE RICHIESTE PER SINGOLA APPLICAZIONE	N. APPLICAZIONI DA ESEGUIRE	ALIQUOTE RICHIESTE PER SINGOLA INFILTRAZIONE
N. INFILTRAZIONI DA ESEGUIRE	SIERO COLLIRIO (terapia standard 30 gg) Durata terapia _____	

Data richiesta _____

Firma del medico richiedente _____

Etichetta CDM	Etichetta Richiesta	Etichetta Richiesta
---------------	---------------------	---------------------

A cura del medico trasfusioneista

VALUTAZIONE RICHIESTA ☐ APPROPRIATA ☐ NON APPROPRIATA	IDONEITA' PAZIENTE		TIPOLOGIA PRELIEVO
Motivi inappropriata _____	Esami eseguiti in data _____		☐ provette da 9 ml (VI 2PRP tappo rosso per siero collirio): n. 10 ☐ Kit CPunT: n. 1
	PLT _____ /ul	☐ IDONEO ☐ NON IDONEO	
	HBsAg _____	Motivi non idoneità _____	
	Anti-HIV _____		
Proteine totali (solo per siero collirio) _____			

CONFEZIONAMENTO EUNT

☐ Mini bag (senza calcio gluconato)	☐ Dish da 35 mm (con calcio gluconato)	☐ Piastra (solo per ulcere)
--	---	--

Data _____

Firma del medico trasfusioneista: _____