

 ASP RAGUSA Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	RICHIESTA EMOCOMPONENTI PER USO NON TRASFUSIONALE (EUNT) OMOLOGHI	EUNT/M6 Rev. 00 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 OCULISTICA ☐ SINDROME DELL'OCCHIO SECCO ☐ LESIONI, ULCERE DELLA SUPERFICIE CORNEALE ☐ USTIONI DELLA SUPERFICIE OCULARE ALTRE INDICAZIONI ☐ _____	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)

EUNT RICHIESTO				
☐ CONCENTRATO PIASTRINICO (GEL) Aliquota standard 2.5 mL Lesione ulcerativa (cm _____ x cm _____ x cm _____)	☐ CONCENTRATO PIASTRINICO PER INFILTRAZIONE Aliquota standard 2.5 mL ☐ Con attivatore Ca gluconato Sede Infiltrazione _____ ☐ Senza attivatore	☐ CONCENTRATO PIASTRINICO COLLIRIO (terapia standard 10 gg) 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 presunta di utilizzo _____				

Data richiesta _____
Firma del medico richiedente _____

A cura del SIMT			CONFORMITA' RICHIESTA	CONGRUITA' RICHIESTA
Giorno	Richiesta pervenuta al SIMT Ora _____		☐ Richiesta conforme ☐ Richiesta non conforme	☐ Richiesta congrua ☐ Richiesta non congrua
Consegnata da	Cognome e Nome in stampatello	Firma	TSLB (Cognome e Nome in stampatello)	Il Dirigente Medico/Biologo (Cognome e Nome in stampatello)
Accettata da	Cognome e Nome in stampatello	Firma	Firma	Firma

Eventuali note

Etichetta Richiesta

CONFEZIONAMENTO EUNT

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