

 <p>ASP RAGUSA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COMITATO OSPEDALIERO PER IL BUON USO DEL SANGUE</p>	<h1>NOTIFICA NEAR MISS</h1>	<p><b>VIG/M4</b> Rev. n. 2 del 25/07/2022</p>
---	-----------------------------	---

**(Da compilare a cura del medico trasfusore e del Responsabile Emovigilanza del SIMT)**

**SIMT di:**  Ragusa     Modica     Vittoria

**Reparto** \_\_\_\_\_

**Paziente:** \_\_\_\_\_  M  F data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Cod Paziente** \_\_\_\_\_ **Data segnalazione** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Data/ora evento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_

**Indicazione Terapia Trasfusionale** \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

Tipo errore (selezionare una voce)	
<input type="checkbox"/> Errata etichettatura campioni pretrasfusionali	<input type="checkbox"/> Utilizzo di unità non destinata al paziente
<input type="checkbox"/> Errata etichettatura emocomponente	<input type="checkbox"/> Prelievo paziente errato
<input type="checkbox"/> Errore di determinazione di gruppo dell'emocomponente	<input type="checkbox"/> Trasfusione emocomponente non appropriato
<input type="checkbox"/> Errore test pretrasfusionale	<input type="checkbox"/> Richiesta emocomponente non appropriato
<input type="checkbox"/> Trasfusione emocomponente scaduto	
Luogo (selezionare una voce)	
<input type="checkbox"/> Reparto	<input type="checkbox"/> Trasfusionale
<input type="checkbox"/> Emergenza / Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Sala operatoria
<input type="checkbox"/> Day-Hospital	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Domicilio	

Condizioni pre-esistenti	Sì	No	ND	
Gravidanza/IVG				n. gravidanze: _____
Precedente trasfusione				
Pregresse reazioni trasfusionali				
Immunodepressione				
Anemia emolitica autoimmune				
Piastrinopenia autoimmune				

**Altre informazioni cliniche/anamnestiche rilevanti:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medico trasfusore:** \_\_\_\_\_

**RVIG SIMT** \_\_\_\_\_

**RVIG Aziendale** \_\_\_\_\_