

	RICHIESTA VALUTAZIONE IDONEITA' AL PREDEPOSITO DI SANGUE AUTOLOGO (Autodonazione del sangue)	PRE/M2 Rev. 04 09/05/2025
---	---	--

AL SIMT di ☐ Ragusa ☐ Modica ☐ Vittoria

Il sottoscritto Dott _____

Reparto di _____ Ospedale di _____

RICHIEDE CHE IL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

affetto da _____

candidato ad intervento di _____

con perdita ematica stimata di _____ mL,

da effettuare in data ____ / ____ / ____

venga sottoposto a valutazione di idoneità al predeposito di sangue autologo come da MSBOS

- ☐ presso il SIMT
- ☐ presso il Reparto (solo in caso di pazienti non trasportabili)

Data: _____ Firma del Medico del Reparto _____

NOTA PER I MEDICI DI REPARTO:

I pazienti prima del primo predeposito devono avere già effettuato:

- Emocromo, PT, PTT, Sideremia, Ferritina, Transferrinemia
- Type & Screen (Gruppo sanguigno e ricerca anticorpi irregolari con Test di Coombs Indiretto)
- Anti HIV, Anti HCV, HBsAg
- Visita Cardiologica e/o ECG
- Visita Anestesiologica

Gli esiti di tali esami e visite devono essere esibiti al Medico del SIMT

La visione dei dati di cui sopra e degli esiti delle visite sono INDISPENSABILI per effettuare una corretta valutazione del paziente.

IN CASO DI MANCATA EFFETTUAZIONE NON VERRA' ESEGUITA LA VALUTAZIONE.