

 SC Immunogenetica e Biologia dei Trapianti	Segnalazione eventi immunizzanti	MODU.C03C.M007.12	Rev. 0
	Modulo	03/07/2023	Pagina 1 di 1

CENTRO DIALISI:

TELEFONO:

SEGNALAZIONE EVENTI IMMUNIZZANTI

Paziente: Imm.:

Comune di nascita: Codice Fiscale:

Indirizzo residenza: Telefono:

Comune residenza: C.a.p.:

Prelievo effettuato il: _____

I TRASFUSIONE

Data: _____ Quantità: _____

- S.I. SANGUE INTERO
- S.I. HLA COMPATIBILE

- G.R. CONCENTRATI
- G.R. LAVATI
- G.R. FILTRATI
- ALTRO

Specificare tipo: _____

II TRASFUSIONE

Data: _____ Quantità: _____

- S.I. SANGUE INTERO
- S.I. HLA COMPATIBILE

- G.R. CONCENTRATI
- G.R. LAVATI
- G.R. FILTRATI
- ALTRO

Specificare tipo: _____

III TRASFUSIONE

Data: _____ Quantità: _____

- S.I. SANGUE INTERO
- S.I. HLA COMPATIBILE

- G.R. CONCENTRATI
- G.R. LAVATI
- G.R. FILTRATI
- ALTRO

Specificare tipo: _____

Note: _____

DA INVIARE PRESSO:

Regione Piemonte - A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
 S.C. Immunogenetica e Biologia dei Trapianti
 via Santena 19 - 10126 TORINO

Data: _____ Firma del medico: _____