**SCHEMA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA TRASFUSIONE O ALLA
SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____ Tel. _____

A) Condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati:

- 1) Politransfuso per emopatia cronica
- 2) Trasmuso per evento acuto

Informazioni relative al/ai prodotto/i per i soggetti di cui al punto 1)

Tipo/i e periodo/i di somministrazione:

1) _____ dal _____ al _____

2) _____ dal _____ al _____

3) _____ dal _____ al _____

4) _____ dal _____ al _____

5) _____ dal _____ al _____

Annotazioni: _____

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2)

Tipo _____

N° unità _____

Data di somministrazione _____

Luogo di somministrazione _____

Annotazioni _____

Informazioni relative all'infezione HIV

Data rilevamento sierologico _____

Data diagnosi malattia _____

Data grave immunodepressione (CD4 < 200 ml) _____

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data rilevamento sierologico HBSAg: _____

Data anti HVC: _____

Data diagnosi epatopatia irreversibile: _____

Data dell'avvenuto decesso: _____

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio:

Data evento che ha determinato l'infezione: _____

Informazioni relative all'infezione da virus epatici _____

Data _____

(Firma)