



Paziente
Cognome

Nome

Data di nascita F M Nr carta d'identità/ Nr AVS

Via, no.

Supplemento indirizzo

CPA Luogo

Richiedente

Immunoematologia / componenti sanguigni

Codice a barre richiesta

Le nostre condizioni generali (CG) sono consultabili sul sito (www.medisyn.ch)

1

Analisi urgenti (Urgenza):

Medicamenti: Tel. diretto

Diagnosi:

Ulteriore trasmissione del referto

Referto parziale Telefono

Copia a un altro Medico: Fax

Confidenziale

Fatturazione

Fattura a cassa malati Richiedente Assicurazione infortuni Paziente

Assicurazione infortuni/Numero d'assicurato

Ambulante Degente

Gravidanza SDG + Giorno Check up

Visto **Data prelievo** **Ora prelievo**

Dati clinici / Diagnosi:

Analisi supplementari:

Legenda materiale

Sangue Sangue EDTA E

Componenti sanguigni da preparare per

Data: Ora: **URGENZA VITALE:** da trasfondere senza det. gruppo e T+S (allegare Dichiarazione del medico) **URGENZA:** entro 1 ora

Esame

Esame richiesti: (Prelevare una provetta) sangue EDTA / tappo viola 6 ml

Gruppo sanguigno e fattore RH **2xE**

Type and screen (Gruppo - ric. anticorpi) **E**

DAT (Coombs diretto) **E**

Ricerca anticorpi **E**

Richiesta componenti sanguigni:

Concentrati eritrocitari

Concentrati trombocitari Unità: (Prendere contatto con Il Laboratorio)

Plasma fresco congelato Unità: (attesa di 25 min. per scongelamento)

Altro

Ha già ricevuto trasfusioni nelle ultime 2 settimane? NO Sì, quando:

Gravidanze precedenti NO Sì, quando:

Ricerca anticorpi in gravidanza, n° settimana:

Profilassi anti-D? NO Sì, quando:

Attenzione Firma esecutore prelievo

Saranno accettate unicamente provette contrassegnate con nome e cognome del paziente, data di nascita completa (etichetta, data e ora del prelievo)

Lasciar in bianco

