

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico POLICLINICO DI SANT'ORSOLA Programma Dipartimentale Immunogenetica e biologia dei trapianti - Manfroi	RICHIESTA DI CROSS-MATCH PRE – TRAPIANTO D'ORGANO SOLIDO	R12EF1 Rev. 2 Pag. 1/1 Data di applicazione: 30/09/2026
---	---	---

DATI ANAGRAFICI E ANAMNESTICI DEL RICEVENTE		
COGNOME	NOME	CODICE A BARRE
DATA DI NASCITA		
LUOGO		
CODICE FISCALE		
DIAGNOSI		
TRAPIANTO	☐ CUORE ☐ POLMONE ☐ FEGATO ☐ ALTRO _____	
	☐ PRIMO RICEVENTE ☐ BACK UP	
TRASFUSIONI	☐ SI ☐ NO	DATA ULTIMA TRASFUSIONE _____
GRAVIDANZE	☐ SI ☐ NO	DATA _____ DATA _____ DATA _____
PRECEDENTI TRAPIANTI	☐ SI ☐ NO	DATA _____ TRAPIANTO DI _____
MEDICO REFERENTE		
REPARTO		
TELEFONO		FAX

PROVETTA DA INVIARE PER L'ESECUZIONE DEL CROSS-MATCH N° 1 provetta da 5 ml senza anticoagulante N.B. - E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi per l'esecuzione della prestazione - I campioni devono riportare data di prelievo, nome, cognome, data di nascita del paziente.	
FIRMA E TIMBRO MEDICO RICHIEDENTE	DATA DI ESECUZIONE DEL PRELIEVO