

**RICHIESTA DI CROSS-MATCH**  
**PRE – TRAPIANTO D'ORGANO SOLIDO**

**R12EFI**

Rev. 1

Pag. 1/1

Data di applicazione:  
15/06/2024

DATI ANAGRAFICI E ANAMNESTICI DEL RICEVENTE			
COGNOME	NOME		CODICE A BARRE
DATA DI NASCITA			
DIAGNOSI			
INDICAZIONE TRAPIANTO	<input type="checkbox"/> CUORE <input type="checkbox"/> POLMONE <input type="checkbox"/> FEGATO <input type="checkbox"/> INTESTINO		
	<input type="checkbox"/> PRIMO RICEVENTE		<input type="checkbox"/> BACK UP
TRASFUSIONI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DATA ULTIMA TRASFUSIONE _____
GRAVIDANZE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DATA _____ DATA _____ DATA _____
PRECEDENTI TRAPIANTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DATA _____ TRAPIANTO DI _____
MEDICO REFERENTE			
REPARTO			
TELEFONO/FAX			

**Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette:**

**PROVETTA DA INVIARE PEER L'ESECUZIONE DEL CROSS-MATCH**

N° 1 provetta da 5 ml senza anticoagulante

Firma medico richiedente

Data di esecuzione del prelievo

**N.B. Le provette devono riportare data di prelievo, nome, cognome, data di nascita del paziente.**