

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b> Programma Dipartimentale Immunogenetica e biologia dei trapianti - Manfroi</p>	<p><b>RICHIESTA DI CROSS-MATCH</b> <b>PRE – TRAPIANTO D'ORGANO SOLIDO</b></p>	<p><b>R12EF1</b></p> <p>Rev. 1</p> <p>Pag. 1/1</p> <p>Data di applicazione: 15/06/2024</p>
---	---	--

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:**

<p><b>PROVETTA DA INVIARE PEER L'ESECUZIONE DEL CROSS-MATCH</b></p> <p>N° 1 provetta da 5 ml senza anticoagulante</p> <p>Firma medico richiedente</p> <p>Data di esecuzione del prelievo</p>
--

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