

**SCHEDA 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) politrasmfuso per emopatia cronica

2) trasfuso per evento acuto

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

Tipo/Tipi 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:

Sintomi **soggettivi** rilevati da

Sintomi **oggettivi** rilevati da

Eventuali visite specialistiche

Esito della reazione indesiderata

Altre vaccinazioni praticate (1):

.....

.....

.....

(1) Se effettuate nella stessa seduta, riportare tutti i dati relativi al vaccino (nome commerciale, lotto, ecc.).
Se effettuate in precedenza, specificare le date di somministrazione.

Sintomi oggettivi generali

- febbre > 39° C
- durata della febbre gg.
- cefalea
- anoressia
- vomito
- diarrea
- stipsi
- iperemia fauci
- iperemia cutanea
- esantemi

Sintomi oggettivi neurologici

- debolezza muscolare
- areflessia tendinea
- atassia
- paresi transitoria
- paralisi permanente
- segni meningei
- segni encefalici
- convulsioni
- exitus
- altro

note:

..... il
(luogo)

.....
(firma per esteso leggibile)