

|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA<br/>Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p><b>STRUTTURA SEMPLICE<br/>IMMUNOGENETICA</b><br/>Responsabile Dr.ssa Silvia Manfroi</p> | <p><b>RICHIESTA DI CROSS-MATCH<br/>PRE - TRAPIANTO D'ORGANO SOLIDO</b></p> | <p><b>R12EFI</b></p> <p>Rev. 0</p> <p>Pag. 1/1</p> <p>Data di applicazione:<br/>28/07/2020</p> |
|--|--|--|

| DATI ANAGRAFICI E ANAMNESTICI DEL RICEVENTE |       |         |                                  |           |
|---|-------|---------|----------------------------------|-----------|
| COGNOME                                     | NOME  |         | CODICE A BARRE                   |           |
| DATA DI NASCITA                             |       |         |                                  |           |
| DIAGNOSI                                    |       |         |                                  |           |
| INDICAZIONE TRAPIANTO                       | CUORE | POLMONE | FEGATO                           | INTESTINO |
| TRASFUSIONI                                 | SI    | NO      | DATA ULTIMA TRASFUSIONE _____    |           |
| GRAVIDANZE                                  | SI    | NO      | DATA _____ DATA _____ DATA _____ |           |
| PRECEDENTI TRAPIANTI                        | SI    | NO      | DATA _____                       |           |
|   |       |         | TRAPIANTO DI _____               |           |
| MEDICO REFERENTE                            |       |         |                                  |           |
| REPARTO                                     |       |         |                                  |           |
| TELEFONO                                    |       |         |                                  |           |

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

|  |
|--|
| <p><b>PROVETTA DA INVIARE PER 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.**