

Parte B: Modello di notifica annuale degli effetti indesiderati gravi

Regione (cod. UNI)

.....

Servizio Trasfusionale notificante (cod. UNI).....

.....

Periodo oggetto della
notifica.....

.....

Questa tabella si riferisce a <input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Globuli rossi <input type="checkbox"/> Piastrine <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Altro <i>(utilizzare una tabella distinta per ciascun componente)</i>		Numero di unità consegnate (numero totale di unità consegnate con un determinato numero di emocomponenti)					
		Numero di riceventi di una trasfusione (numero totale di riceventi di una trasfusione con un determinato numero di emocomponenti) <i>(se disponibile)</i>					
		Numero di unità trasfuse [numero totale di emocomponenti (unità) trasfusi nel corso del periodo oggetto della notifica] <i>(se disponibile)</i>					
		Numero totale notificato	Numero di effetti indesiderati gravi con un livello di imputabilità da 0 a 3 dopo conferma (cfr. allegato II A)				
		Numero di Decessi					
			non valutabile	Livello 0	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Emolisi immunologica	Dovuta a incompatibilità AB0	Totale					
		Decessi					
	Dovuta ad un altro alloanticorpo	Totale					
		Decessi					
Emolisi non immunologica		Totale					
		Decessi					
Infezione batterica trasmessa per trasfusione		Totale					
		Decessi					
Anafilassi/ipersensibilità		Totale					
		Decessi					
Lesione polmonare acuta legata alla trasfusione		Totale					
		Decessi					
Infezione virale trasmessa per trasfusione	HBV	Totale					
		Decessi					
	HCV	Totale					
		Decessi					