



SEIEVA

Scheda di un caso di epatite associato a trasfusione e a somministrazione di altri derivati del sangue

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F

Epatite B

Epatite nonA-nonB

HCV positivo

Trasfusioni

Data trasfusioni
nei 6 mesi precedenti

gg mm aa

Luogo trasfusioni * _____

gg mm aa

gg mm aa

gg mm aa

gg mm aa

Motivo trasfusioni: _____

Prodotto trasfuso

Sangue intero

Emazie concentrate

Piastrine

Plasma

Unità di prodotto trasfuso

Donatori periodici

SI NO Non so

Controlli sui donatori: effettuati il

gg mm aa

risultati _____

Somministrazione di altri derivati del sangue

Somministrazione di altri derivati del sangue:
(immunoglobuline, fattori della coagulazione, ecc.)

SI NO Non so

Se SI, tipo di emoderivato somministrato: _____

Specificare la via di somministrazione
(intramuscolare, endovenosa)

Data di somministrazione:

gg mm aa

Luogo della somministrazione: *

Motivo della somministrazione: _____

* Casa o ospedale. Nel caso di ospedale specificare quale.

Se la trasfusione è stata domiciliare indicare il servizio trasfusionale