


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<p><b>R.O. BUSTO A.</b>  <b>SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA</b>  <b>E MEDICINA TRASFUSIONALE AZIENDALE</b>  <b>RESP. DOTT. G. CROVETTI</b>  <b>CARTELLA SANITARIA DONATORE DI SANGUE -</b>  <b>EMOCOMPONENTI D. 2 NOVEMBRE 2015</b></p>	<p>Cod.: MOD01PrS01-SIMTBA          Data 01/02/2016          Rev. 0          Pag. 7 a 7</p>
--	--	---

## Cartella sanitaria del donatore

### 1. Parametri fisici del donatore

Età \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Pressione arteriosa (mmHg) max \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_

Frequenza (batt/min) \_\_\_\_\_ Emoglobina(g/dL) \_\_\_\_\_

Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione \_\_\_\_\_

### 2. Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del donatore \_\_\_\_\_

Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico \_\_\_\_\_

### 3. Giudizio di idoneità

Il donatore risulta

Idoneo a donare il seguente emocomponente:

Tipo \_\_\_\_\_

Volume \_\_\_\_\_

Escluso Temporaneamente Motivo \_\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

Escluso Permanentemente Motivo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile della selezione \_\_\_\_\_