



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 Unità di prodotto trasfuso

Emazie concentrate
Piastrine
Plasma

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: SI NO Non so
(immunoglobuline, fattori della coagulazione, ecc.)

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