

REGISTRO PRODUZIONE/APPLICAZIONE EMOCOMPONENTI AD USO TOPICO - Struttura:

N° Identificativo _____	Data _____	Ora _____		
Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nato/a il _____	
Cod. Fisc. _____	Via _____	Città _____		
		conta piastrinica pre: _____ PLTS/ μ L	in data _____	
DIAGNOSI _____				
EMOCOMPONENTE PER USO TOPICO				
<input type="checkbox"/> PRP liquido <input type="checkbox"/> gel piastrinico <input type="checkbox"/> siero <input type="checkbox"/> altro _____				
Quantità di sangue prelevato _____		Quantità di prodotto (aliquote/dosi) _____		
APPLICAZIONE				
<input type="checkbox"/> Intraoperatoria <input type="checkbox"/> Ecoguidata <input type="checkbox"/> Sottocutanea <input type="checkbox"/> Ulcera cutanea <input type="checkbox"/> Altro _____				
Effetti collaterali/indesiderati: <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO				
MATERIALE UTILIZZATO				
Ditta _____		Prodotto _____		
Lotto _____		Scadenza _____		
CONTROLLI DI QUALITA': <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Conta piastrinica su prodotto _____ PLTS/ μ L <input type="checkbox"/> Controllo Microbiologico _____				

Firma per l' idoneità e l' esecuzione

N° Identificativo _____	Data _____	Ora _____		
Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nato/a il _____	
Cod. Fisc. _____	Via _____	Città _____		
		conta piastrinica pre: _____ PLTS/ μ L	in data _____	
DIAGNOSI _____				
EMOCOMPONENTE PER USO TOPICO				
<input type="checkbox"/> PRP liquido <input type="checkbox"/> gel piastrinico <input type="checkbox"/> siero <input type="checkbox"/> altro _____				
Quantità di sangue prelevato _____		Quantità di prodotto (aliquote/dosi) _____		
APPLICAZIONE				
<input type="checkbox"/> Intraoperatoria <input type="checkbox"/> Ecoguidata <input type="checkbox"/> Sottocutanea <input type="checkbox"/> Ulcera cutanea <input type="checkbox"/> Altro _____				
Effetti collaterali/indesiderati: <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO				
MATERIALE UTILIZZATO				
Ditta _____		Prodotto _____		
Lotto _____		Scadenza _____		
CONTROLLI DI QUALITA': <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Conta piastrinica su prodotto _____ PLTS/ μ L <input type="checkbox"/> Controllo Microbiologico _____				

Firma per l' idoneità e l' esecuzione