



ASL - FROSINONE
Servizio Trasfusionale Domiciliare (tel.e Fax 0775/841036)
UOC ADI – Direttore Dottor Marcello Russo
e-mail: trasfusionidomiciliari@aslfrosinone.it

Modulo Richiesta Trasfusioni Domiciliari

(da compilare a cura del Medico Ospedaliero o del Medico di Medicina Generale o dello Specialista)

Cognome _____	Nome _____	Sesso _____
Data e luogo di nascita _____		
Indirizzo _____	Comune di residenza _____	
Recapiti telefonici _____		
Codice Fiscale _____	Esenzione _____	
Medico Curante (e suoi recapiti telefonici) _____		
Familiari di riferimento _____		
Familiari conviventi _____		
Medico richiedente _____		MMG _____
Presidio Ospedaliero _____	Reparto _____	
Diagnosi _____		
Stadio della malattia _____		
Presenza di cardiopatia _____		
ultimo valore dell'emoglobina _____		rilevato in data _____
Supporto trasfusionale attuale: <input type="checkbox"/> Piastrine <input type="checkbox"/> Emazi <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Sangue intero		
Grado di autonomia del paziente _____		
Accessi venosi _____		CVC _____

Data _____ Timbro e firma del medico Richiedente _____