

ASL - FROSINONE
Servizio Trasfusionale Domiciliare (tel.e Fax 0775/841036)
Uoc Adi- Direttore Dottor Marcello Russo

e-mail: adiab.trasfusionidomiciliari@aslfrosinone.it per ADI Distretto A/B
adicd.trasfusionidomiciliari@aslfrosinone.it per ADI Distretto C/D

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 i suoi recapiti telefonici) _____		
Familiari di riferimento _____		
Medico richiedente _____		
* MMG _____		Distretto _____
* Presidio Ospedaliero _____		Reparto _____
Diagnosi _____		
Stadio della malattia _____		
Presenza di Cardiopatia _____		
Ultimo valore dell'omoglobina _____		rilevato in data _____
Supporto trasfusionale attuale Piastrine _____ Emanzi _____ Plasma _____ Sangue intero _____		
Grado di autonomia del paziente _____		
Accessi venosi _____		CVC _____

Data _____ **Timbro e firma del Medico Richiedente** _____