

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	Servizio Immunoematologia e Trasfusione Ospedale Santa Chiara - Trento RICERCA DI ANTICORPI ANTIPIASTRINE	SIT_Mod_31
		Rev. 2
		Pagina 1 di 1

Paziente: cognome e nome _____

Data di nascita _____

Ospedale _____ Reparto/DH/Esterno _____

Medico richiedente: cognome e nome _____

Recapito telefonico del Medico _____

giorno esecuzione dell'esame: **MARTEDÌ FERIALE**

NB: la ricerca di anticorpi anti-piastrine è un test di secondo livello; l'esame sarà eseguito solo se risulteranno indagate tutte le condizioni qui di seguito riportate; l'esame non sarà comunque eseguito in presenza di conta piastrinica $\geq 130.000 / \mu\text{L}$ e qualora il modulo non sia compilato in ogni sua parte.

numero di piastrine _____ / μL in data _____

pseudopiastrinopenia SI ☐ NO ☐

paziente politrasfuso SI ☐ NO ☐

(se SI, specificare data ultima trasfusione _____)

infezione in atto SI ☐ NO ☐

(se SI, specificare se virale e/o batterica _____)

gravidanza SI ☐ NO ☐

ipersplenismo SI ☐ NO ☐

patologia autoimmunitaria SI ☐ NO ☐

(se SI, specificare _____)

patologia linfo-mieloproliferativa SI ☐ NO ☐

(se SI, specificare _____)

sanguinamento cronico SI ☐ NO ☐

terapia con eparina SI ☐ NO ☐

Sta assumendo farmaci? Se SI, quali? _____

(per esempio paracetamolo, chinidina, sulfamidici, digossina, vancomicina, diazepam, nitroglicerina)

Data _____ Firma del Medico richiedente _____