



Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale - V.C.O. -
 SOC SMT-VCO - Direzione F. Di. Caratti Paolo -
 Sede Operativa Verbania - Tel. 0323 547408 - Fax 0323 501898
 e-mail: pasta.caratti@aslvc.it

Data: 19/09/2013

Codice **154376** Numero tessera Gruppo ABO **A2B+**
 Cognome/Nome **PROVA PROVA** Sesso **F**
 Nato/a **0** il **01/02/2001**
 Residente **- 0**
 N° donazioni: **2** ultima donazione **Esami di Controllo** il **28/05/2013**

Prelievo odierno **Sangue intero** Quantità (mL) Frequenza giorni: **0**

Note **patzo**

WBC	Hb	Ht	PLT

Reazioni avverse sala prelievi:

Procedimenti adottati:

I021413404662

CODICIAA

Dirigente Medico Addetto alla preparazione Addetto al prelievo Addetto fine iter

Bilancia per sangue intero n°

Volume raccolto mL
 Tempo di raccolta Normale Overtime

P.A.: / **Ipereso**

Commento Questionario:



Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale - V.C.O. -
 SOC SMT-VCO - Sede Verbania - Direzione F. Di. Caratti Paolo -
 Tel. 0323 547408 - Fax 0323 501898
 e-mail: pasta.caratti@aslvc.it

Gruppo ABO **A2B+**

E Sig. PROVA PROVA

Sig.ra _____ Prov. di 01/02/2001 Numero tessera _____

in data 19/09/2013 alle ore 5:00 ha effettuato una donazione volontaria e gratuita di sangue intero/interoconcentrato uguale o superiore a 405 ml, pertanto il donatore/traee ha diritto ad ottenere dal servizio secondo le modalità previste da

Art. 8 Legge n° 219 del 21/10/05 - Nuova disciplina delle attività mediche e della produzione nazionale degli emoderivati

Il Dirigente Medico _____