

Numero di segnalazione:				
Programma Trapianti (CIC):				
Codice dell'istituto dei tessuti (se applicabile)				
Data di segnalazione (anno/mese/giorno):				
Unità che segnala:	<input type="checkbox"/> Unità Clinica <input type="checkbox"/> Unità Raccolta PB <input type="checkbox"/> Unità Raccolta BM <input type="checkbox"/> Unità Processazione			
Unità in cui si è verificato l'evento:	<input type="checkbox"/> Unità Clinica <input type="checkbox"/> Unità Raccolta PB <input type="checkbox"/> Unità Raccolta BM <input type="checkbox"/> Unità Processazione			
Data dell'evento avverso grave (anno/mese/giorno):				
Identificazione del paziente/donatore/prodotto cellulare (riportare solo le iniziali o codici):	Paziente <input type="checkbox"/> Donatore <input type="checkbox"/> Prodotto cellulare <input type="checkbox"/>			
Codice Unico Europeo (SEC) del prodotto cellulare (se applicabile)				
Tipo di CSE o altro prodotto cellulare (specificare):	<input type="checkbox"/> BM <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> DLI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autologhe <input type="checkbox"/> Allogeneiche <input type="checkbox"/> IS <input type="checkbox"/> MUD <input type="checkbox"/> Aploidentiche Data Trapianto / infusione :			
Evento avverso grave che potrebbe avere effetti sulla qualità e la sicurezza delle cellule a causa di uno scostamento relativo a:	Specificare			
	Caratteristiche delle cellule	Guasto delle attrezzature	Errore umano	Altro (specificare)
Raccolta				
Trasporto				
Manipolazione				
Criopreservazione				
Stoccaggio				
Selezione				
Distribuzione				
Materiali				
Altro				

DESCRIZIONE

Data _____ Funzione e firma di chi notifica: _____