

Numero di segnalazione:	
Programma Trapianti (CIC):	
Codice del TE (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 la reazione:	<input type="checkbox"/> Unità Clinica <input type="checkbox"/> Unità Raccolta PB <input type="checkbox"/> Unità Raccolta BM <input type="checkbox"/> Unità Processazione
Data della presunta reazione avversa grave (anno/mese/giorno):	
Identificazione del paziente/donatore (riportare solo le iniziali o codice) che ha manifestato la reazione:	Paziente <input type="checkbox"/> Donatore <input type="checkbox"/>
Codice prodotto cellulare o Codice Unico Europeo (SEC) delle CSE (se applicabile) o	
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 :
Descrizione di presunta/e reazione/i avversa/e grave/i	

DESCRIZIONE:.....

Data: _____ Funzione e firma di chi notifica: _____

Da inviare entro 48 ore dalla reazione al CNT al seguente indirizzo email cnt@iss.it o centronazionale.trapianti@iss.it