

Campione	Tipo di provetta/contenitore	Provette inviate
SANGUE	EDTA (Provette per emocromo)	☐ n° 14 provette da 4 ml ciascuna
	2 COAGULATO (Provette da siero senza anticoagulante)	☐ n° 2 provette da 7 ml ciascuna
	2 EPARINATO (Provette da siero senza anticoagulante + 5 gocce di eparina/10 ml)	☐ n° 2 provette da 7 ml ciascuna

Io sottoscritto Dott. _____

Coordinatore locale _____ Rianimatore _____ Medico referente _____

del Reparto di _____ Ospedale _____

Città _____ tel _____ fax _____

dichiaro, sotto la mia responsabilità, che i sopraelencati campioni sono stati prelevati, così come indicato nella presente richiesta, al **Potenziale Donatore d'Organi** :

Cognome _____ Nome _____ Sesso: F M

nato a _____ il _____

segnalato alle ore _____ del giorno _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Parte riservata al laboratorio di riferimento del CRT Sicilia	ETICHETTA _____
--	-----------------

ACCETTAZIONE: Nominativo _____ Firma _____

Ora _____ Data _____

Parte riservata al CRT Sicilia		
Nominativo _____	Reperibile _____	Firma _____
Codice donatore : SIT _____		
Firma del responsabile Coordinamento Operativo: _____		Data _____

