



**ATTIVAZIONE TRASPORTI SANGUE
VETTORE ATI CROCE ITALIA MARCHE – SVS GESTIONE SERVIZI**
(fax 0586 838808 Tel. 0586 88.88.88 – 800 073 330)

IDENTIFICAZIONE STRUTTURA RICHIEDENTE

ASL / AOU _____
 Ospedale _____ Reparto _____
 Telefono reparto _____ Fax _____
 Operatore Sanitario di riferimento _____
 Data _____ Ora invio richiesta _____

Luogo prelievo presso la struttura richiedente (SI) (NO)

Se NO il vettore dovrà recarsi per il ritiro del prodotto/campione presso la struttura e recapitare alla struttura richiedente

ASL / AOU _____
 Ospedale _____ Reparto _____
 Telefono reparto _____ Fax _____
 Operatore Sanitario di riferimento _____

TIPO DI TRASPORTO	Tipologia di campioni da trasportare e luogo destinazione (escluso in caso di risposta NO)	URGENTE	NON URGENTE	TRASPORTO RICHIESTO PER (Indicare nella parte sottostante la data e l'ora per il ritiro)
CHIMICO CLINICA				Data _____ Ore _____
EMATOLOGIA COAGULAZIONE				Data _____ Ore _____
MICROBIOLOGIA VIROLOGIA				Data _____ Ore _____
BIOLOGIA MOLECOLARE				Data _____ Ore _____
TOSSICOLOGIA				Data _____ Ore _____
EMOCOMPONENTI (sangue, piastrine e plasma per uso clinico)				Data _____ Ore _____