

## IMPEGNATIVE

Ed. II Rev. 5 del 15/09/2019

Pag. 1 a 1

Il Medico curante che decide di richiedere prestazioni ambulatoriali presso il Servizio di Immunoematologia e Trasfusione dell'AORMN dovrà specificare su impegnativa del SSN quanto richiesto:

N° \_\_\_\_ TRASFUSIONI di EMAZIE (99.07.1)  
GRUPPO SANGUIGNO (90.65.3) + RICERCA DI ANTICORPI IRREGOLARI/PROVE DI  
COMPATIBILITA' (90.73.2) + PRELIEVO VENOSO (91.49.2) +  
+ ANAMNESI E VALUTAZIONI, DEFINITE BREVI 89.01(16920)

N° \_\_\_\_ TRASFUSIONI di PIASTRINE (99.07.1) + GRUPPO SANGUIGNO (90.65.3)  
PRELIEVO VENOSO (91.49.2) + ANAMNESI E VALUTAZIONI, DEFINITE  
BREVI 89.01(16920)

N° \_\_\_\_ INFUSIONI di ALBUMINA (99.14.1)  
 FABBISOGNO MENSILE: ALBUMINA N° \_\_\_\_ FLACONI

N° \_\_\_\_ INFUSIONI di IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA (99.14.1)  
 FABBISOGNO MENSILE: IMMUNOGLOBULINE N° \_\_\_\_ FLACONI

N° \_\_\_\_ SALASSI-TERAPEUTICI (9973101) + ANAMNESI E VALUTAZIONI,  
DEFINITE BREVI 89.01(16920)

Le impegnative devono essere complete di dati anagrafici, residenza, codice fiscale ed eventuali esenzioni.

Il Paziente è atteso c/o ns centro il. \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Per prenotazioni e/ o chiarimenti telefonare a  
CT PESARO 0721 362376  
CT FANO 0721 882618 (dopo le ore 11.00)