

Comunicazione con la Famiglia – Accertamento sulla Volontà del Donatore

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
Residenza: _____ Domicilio: _____
Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: _____

VERBALE COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI

Io dott./dott.ssa _____ (spuntare la voce/le voci interessate)

- ho informato i congiunti dell'avvenuto decesso e delle procedure relative all'accertamento e certificazione della morte (L. 578 del 1993, DM 582 del 1994 aggiornato con DM 11/4/2008)
- ho identificato, tra i congiunti, gli "aventi diritto" che, secondo l'ordine gerarchico, sono (spuntare la voce corrispondente):
[1] Coniuge non legalmente separato o convivente more uxorio – [2] Figlio/i maggiorenne/i – [3] Genitore/i – [4] Legale rappresentante
- ho verificato l'esistenza di eventuali dichiarazioni in merito alla donazione degli organi e dei tessuti fra i documenti personali e mediante la ricerca sul Sistema Informativo Trapianti, quest'ultima per tramite del medico del Centro Regionale Trapianti (331.2672914) dott./dott.ssa _____ in data ___/___/___ da cui risulta:
 nessuna dichiarazione - favorevole - contrario (art.7, comma 2 e art. 23 comma 3 legge 91/1999 – DM 8 aprile 2000)

Ho informato gli "aventi diritto"

- sulla possibilità di donare gli organi e/o i tessuti del proprio Caro/a dopo il decesso accertato secondo la normativa vigente (L. 578 del 1993, DM 582 del 1994 aggiornato con DM 11/4/2008) per finalità di solidarietà sociale prevista dalla Costituzione Italiana
- sulle opportunità terapeutiche per le persone in attesa di trapianto (art. 3, comma 2 legge 91/1999), nonché sulla natura e sulle circostanze del prelievo
- sulla necessità di svolgere indagini anamnestiche, radiologiche, endoscopiche e di laboratorio finalizzate alla valutazione dell'idoneità del donatore e a prevenire la trasmissione di malattie nel ricevente
- sulla necessità, in casi specifici, di effettuare il "riscontro diagnostico" al termine delle operazioni di prelievo degli organi e/o dei tessuti finalizzato a prevenire la trasmissione di malattie nel ricevente
- Non ho potuto reperire gli "aventi diritto" nonostante le procedure di ricerca adottate: _____
- Non esistono familiari "aventi diritto" sulla base delle informazioni disponibili: _____

Firma del medico _____ Firma dei familiari _____

MODULO RISERVATO AI SOLI "AVENTI DIRITTO"

informato/a dal medico di quanto scritto sopra, in qualità di "avente diritto" (specificare): _____ dichiaro che rispetto alla possibilità della (spuntare la voce relativa alla tipologia di donazione)

- DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI DOPO "MORTE ENCEFALICA" O "MORTE CARDIACA"**
- DONAZIONE DI TESSUTI DOPO "MORTE CARDIACA" e del necessario RISCONTRO DIAGNOSTICO successivo al prelievo**
- DONAZIONE DELLE SOLE CORNEE DOPO "MORTE CARDIACA"**

MI OPPONGO al prelievo organi e/o di tessuti a scopo di trapianto terapeutico in quanto questo è **contrario** alla volontà del mio/nostra Caro/a della quale riporto testimonianza

Nome e cognome _____ Firma _____
Nome e cognome _____ Firma _____

NON MI OPPONGO al prelievo di organi e/o tessuti a scopo di trapianto terapeutico in quanto questo è **in linea** con la volontà del mio/nostra Caro/a della quale riporto testimonianza

Nome e cognome _____ Firma _____
Nome e cognome _____ Firma _____

OSSERVAZIONI: _____

Autorizzazione per comunicazioni da parte del Coordinamento Regionale Trapianti

Cognome: _____ Nome: _____ Via: _____ Città: _____
CAP: _____ Telefono: _____ Firma del familiare: _____

Data: ___/___/___

Firma dell'operatore che ha acquisito i consensi: _____

Anamnesi

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
 Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
 Residenza: _____ Domicilio: _____
 Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
 Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: _____

Data compilazione ___/___/___ Medico compilatore _____ Firma _____

Fonte notizie anamnestiche: Familiari Cartella Clinica Altra Fonte _____ Non disponibile

Causa di morte: nota non nota Nel caso della sola donazione dei tessuti, se non nota, si procede **solo se** richiesto riscontro diagnostico

Guida alla compilazione

DONATORE DI SOLE CORNEE → compilare solamente le voci poste nei **riquadri**
NB: la voce col simbolo © **esclude** la donazione di cornee – la voce col simbolo ☆ non **la esclude**
DONATORE MULTITESSUTO E DONATORE MULTIORGANO → compilare **tutte le voci**

Età donatori tessuti: **1) cornee ≥5 <79 anni 2) tessuti muscoloscheletrici maschi ≥15 ≤60 anni, femmine ≥15 ≤50 anni**
3) cute ≥14 <79 anni 4) valvole cardiache ≤65 anni 5) segmenti vascolari ≤70 anni per le vene e ≤50 anni per le arterie

Informazioni su eventi pregressi

Rischio specifico per HIV/HBV/HCV ultimi 12 mesi

© Uso parenterale di sostanze stupefacenti	SI	NO	
© Uso inalatorio di cocaina	SI	NO	
© Emodialisi da più di 1 mese	SI	NO	
© Emofilia (infusione di fattori della coagulaz. di origine umana)	SI	NO	
© Detenzione carceraria	SI	NO	
© Comportamento sessuale a rischio (partner infetto o a rischio, prostituzione)	SI	NO	
© Contatto con sangue potenzialmente infetto su mucose/ferite	SI	NO	
☆ Tatuaggi, piercing, agopuntura	SI	NO	Se sì, specificare
☆ Malattie infettive/veneree pregresse	SI	NO	Se sì, specificare
☆ Uso non parenterale di droghe (esclusa cocaina)	SI	NO	Se sì, specificare
© Vaccini vivi attenuati ultime 4 settimane (morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla, vaiolo)	SI	NO	
© Leucemie, mielomi, linfomi, tumori oculari	SI	NO	
Rischio per malattie da prioni			
© Soggetto con Creutzfeld Jakob	SI	NO	
© Familiari di soggetto con Creutzfeld Jakob	SI	NO	
© Soggetti che hanno utilizzato ormoni di derivazione ipofisaria fino al 1992	SI	NO	
© Soggetti sottoposti ad allotrapianto di Dura Madre o ad interventi intracranici non specificati	SI	NO	
© Interventi o trasfusioni in Gran Bretagna 1980-96	SI	NO	
© Demenza o malattie SNC a eziol. sconosc. (Alzheimer, Sclerosi Multipla, S.L.A., Panencefalite Acuta Sclerosante, Parkinson, Leucoencefalite Multifocale Progressiva)	SI	NO	
© Progresso trapianto (di organi/cornea/tessuti animali)	SI	NO	
© Progresso intervento di cataratta (© per occhio operato)	SI	NO	Se sì, specificare lato
☆ Rischio per HTLV I e II			
Genitori del donatore nati all'estero	SI	NO	Se sì, specificare
Partner sessuale nato all'estero	SI	NO	Se sì, specificare
☆ Esantemi ultimo mese	SI	NO	Se sì, specificare
☆ Interventi oculari rifrattivi (laser per correzione disturbi visivi)	SI	NO	
☆ Pernottamento fuori domicilio (ultimi sei mesi)	SI	NO	Se sì, specificare
☆ Neoplasie pregresse (tipo, sede, terapie, follow-up)	SI	NO	
Interventi chirurgici (quali e quando)			
SI	NO		
Fratture e/o interventi ortopedici			
SI	NO		

Anamnesi

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
 Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
 Residenza: _____ Domicilio: _____
 Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
 Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: ___:___

Informazioni su eventi in atto

☉ HBsAg, anti HCV, anti HIV positivi	SI	NO	
☉ Emopatie (Gammopatie Monoclonali diverse da M _{gus} , Mielodisplasia, Policitemia Vera, Trombocitemia Essenziale)	SI	NO	
☉ Sindrome di Reye	SI	NO	
☉ Infiammazioni/infezioni oculari in atto	SI	NO	
☉ Leucemie, linfomi, mielomi, tumori oculari	SI	NO	
☉ Malattie ad eziologia sconosciuta (Per chiarimenti chiamare il Responsabile della Banca delle Cornee 335.1328099)	SI	NO	
☆ Malattie congenite o acquisite dell'occhio	SI	NO	
☆ Malattie autoimmuni e/o collagenopatie	SI	NO	
☆ Sindrome di Down/Marfan/Noonan ed altre patologie congenite	SI	NO	
☆ Intossicazioni, ingestione o esposizione a sostanze tossiche (Cianuro, Piombo, Mercurio, ecc)	SI	NO	
☆ Trattamenti immunosoppressivi	SI	NO	Se sì, specificare
☆ Malattie infettive (Batteri, Virus, Protozoi, Parassiti - Indicare eventuali terapie in corso)	SI	NO	
☆ Neoplasia in atto	SI	NO	Se sì, specificare
☆ Diabete	SI	NO	Tipo: _____ dal: _____

Nefrouropatie	SI	NO	
Epilessia	SI	NO	
Osteoporosi	SI	NO	
Irregolarità mestruali	SI	NO	
Gravidanza in atto	SI	NO	
Aborto recente	SI	NO	
Cardiopatie	SI	NO	
Pneumopatie	SI	NO	
Epatopatie	SI	NO	
Coagulopatie	SI	NO	
Ipertensione arteriosa	SI	NO	
Vasculopatia	SI	NO	
Patologia prostatica	SI	NO	
Dislipidemia	SI	NO	
Patologie psichiatriche	SI	NO	
Anoressia/bulimia	SI	NO	
Etilismo	SI	NO	
Tabagismo	SI	NO	Sigarette/die: _____ dal: _____ al: _____
Uso di farmaci (se sì, indicare quali)	SI	NO	
Trattamenti chemio-radioterapici	SI	NO	
Malattie sessualmente trasmesse in atto	SI	NO	
Esantemi in familiari conviventi	SI	NO	

Esame Obiettivo

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
 Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
 Residenza: _____ Domicilio: _____
 Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
 Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: _____

Data compilazione ___/___/___ Medico compilatore _____ Firma _____

Peso: _____ Kg Altezza: _____ cm Data e ora di refrigerazione (SOLO nel donatore multitessuto a cuore fermo): _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

DONATORE DI SOLE CORNEE → compilare solamente le voci poste nei riquadri

DONATORE MULTITESSUTO → compilare tutte le voci ad eccezione di quelle contrassegnate dal simbolo "◊→"

DONATORE MULTIORGANO → compilare tutte le voci, anche quelle contrassegnate dal simbolo "◊→"

Errore. Il collegamento non è valido.

CUTE e MUCOSE

Petecchie e/o ecchimosi	SI	NO	_____
Cicatrici	SI	NO	_____
Morsi/graffi/punture di animali	SI	NO	_____
Tatuaggi/piercing	SI	NO	_____
Venipunture precedenti il ricovero	SI	NO	_____
Esantemi	SI	NO	_____
Alterazioni delle mucose	SI	NO	_____
Ittero	SI	NO	_____

Cheloidi	SI	NO	_____
Nevi sospetti o multipli (> 100)	SI	NO	_____
Infezioni cutanee, dermatiti, herpes, parassitosi (sede e tipo)	SI	NO	_____
Abrasioni/ustioni	SI	NO	_____

OCCHI (proteggere con garze umide a palpebre chiuse)

Infezioni/infiammazioni	SI	NO	_____
Traumi oculari	SI	NO	_____

ISPEZIONE GENITALI ESTERNI

Presenza di alterazioni	SI	NO	_____
-------------------------	----	----	-------

ISPEZIONE MAMMELLE

Destra: presenza di alterazioni	SI	NO	_____
Sinistra: presenza di alterazioni	SI	NO	_____

Esame Obiettivo

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
 Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
 Residenza: _____ Domicilio: _____
 Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
 Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: ___:___

ISPEZIONE TIROIDE

Presenza di alterazioni SI NO _____

ISPEZIONE LINFONODI SUPERFICIALI

Laterocervicali ingranditi SI NO _____

Sovraclaveari ingranditi SI NO _____

Ascellari ingranditi SI NO _____

Inguinali ingranditi SI NO _____

ESPLORAZIONE RETTALE (da eseguire su qualunque donatore maschio)

Eseguita SI NO _____

Presenza di alterazioni SI NO _____

FRATTURE

Esposte (sede) SI NO _____

Non esposte (sede) SI NO _____

Infezioni tessuto muscolo-scheletrico SI NO _____

Esclusivamente per il donatore multiorgano

◊→ PALPAZIONE ADDOMINALE

Presenza di alterazioni SI NO _____

◊→ SECREZIONI BRONCHIALI

Tipologia Mucose Mucopurulente Purulente Ematiche

Quantità Scarse Abbondanti

◊→ VASI SANGUIGNI

Flebiti e arteriti SI NO _____

Varici arti inferiori SI NO _____

Calcolo Emodiluizione

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
 Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
 Residenza: _____ Domicilio: _____
 Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
 Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: ___:___

Al potenziale donatore sono stati somministrati emocomponenti/emoderivati e/o colloidi nelle 48 ore precedenti il prelievo ematico per le determinazioni sierologiche?

NO **SI**

Se sì, procedere col seguente calcolo:

Volume plasmatico (VP):

VP = Peso del paziente (Kg)..... / 0.025 = mL

A. Volume totale di emocomponenti trasfusi nelle 48 ore precedenti il prelievo ematico:

Emazie concentrate mL
 Piastrine mL
 Plasma mL
 Totale A = mL

B. Volume totale degli emoderivati trasfusi nelle 48 ore precedenti il prelievo ematico:

Albumina mL
 Fattori della coagulazione mL
 Totale B = mL

C. Volume totale degli espansori volemici nelle 48 ore precedenti il prelievo ematico (ad esempio, Emagel, Voluven, Amidolite ...):

..... mL
 mL
 mL
 Totale C = mL

Determinazione della possibile emodiluizione:

(indicare chiaramente con un segno di spunta il percorso seguito)

A + B + C è maggiore di VP?

NO

È possibile eseguire la sierologia sul siero del potenziale donatore ottenuto al momento della donazione

SI

*È possibile reperire un campione pre-trasfusione su cui eseguire tutta la sierologia del potenziale donatore ?
 (Banca del Sangue, Laboratorio Analisi)*

SI

Far eseguire la sierologia sul campione pre-trasfusione

NO

*- Per gli organi eseguire test Biomolecolari (CRT)
 - Per i tessuti è necessario definire il donatore
NON IDONEO*

Firma leggibile del Medico

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE			
Cognome: _____	Nome: _____	Genere (F/M): _____	
Nato/a il: ___/___/___	a: _____	Prov.: _____	
Residenza: _____	Domicilio: _____		
Ricoverato/a il: ___/___/___	Diagnosi: _____		
Deceduto/a presso: _____	Ospedale: _____	il: ___/___/___	ore: ___:___

PRIMA FASE: applicazione del braccialetto identificativo specifico per la donazione

DOVE	nel reparto di degenza in cui è stato segnalato il donatore
QUANDO	nel momento in cui è stata verificata l'espressione di volontà favorevole alla donazione
DA CHI	dall'infermiere che ha il compito dell'assistenza al donatore
COME	l'infermiere dovrà applicare il "braccialetto del donatore" al polso e indicare: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza (vedere doc. identità o S.D.O.) ed il proprio numero di matricola aziendale, completando il tutto con la propria firma
Numero matricola infermiere e firma	

SECONDA FASE: ingresso in Sala Operatoria (fase non prevista per la donazione delle sole cornee)

DOVE	blocco operatorio
QUANDO	immediatamente dopo il passaggio di consegne
DA CHI	dall'infermiere che prende in consegna il donatore
COME	dovrà verificare : > la corrispondenza delle informazioni tra il braccialetto e la cartella clinica: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza, presenza del numero di matricola aziendale e firma dell'operatore che lo ha applicato > presenza della "espressione di volontà" alla donazione, del verbale di accertamento della morte e del bollettino necroscopico
Numero matricola infermiere e firma	

TERZA FASE: prima di iniziare le operazioni di prelievo

DOVE	nella sala operatoria (multiorgano/multitessuto) – Camere mortuarie/reparto (cornee)	
QUANDO	prima di iniziare le operazioni di prelievo	
DA CHI	Dai prelevatori	
COME	dovrà/dovranno verificare : > la corrispondenza delle informazioni tra il braccialetto e la cartella clinica: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza, presenza del numero di matricola aziendale e firma dell'operatore che lo ha applicato > presenza della "espressione della volontà" alla donazione e per D.B.D. → del verbale di accertamento della morte encefalica e del bollettino necroscopico D.C.D. → presenza dell'accertamento di morte	
I prelevatori, dopo aver provveduto alla verifica della documentazione, dovranno indicare nello specifico riquadro l'ospedale di provenienza, la matricola e apporre la propria firma		
ORGANI SOLIDI (i primi chirurghi ad incidere)	TESSUTI (un prelevatore per tessuto)	TESSUTI (un prelevatore per tessuto)
	CORNEE	VALVOLE CARDIACHE
	CUTE	TESSUTO VASCOLARE
	TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO	

Spuntare la voce interessata Procedura conclusa senza difformità (non occorre compilare ed inviare la seconda pagina)
 Procedura con difformità (procedere con la compilazione ed invio anche della seconda pagina)

D.B.D.= donatore a cuore battente – **D.C.D.**= donatore a cuore fermo

Richiesta di autorizzazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
Residenza: _____ Domicilio: _____
Ricoverta/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: _____

SEZIONE RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI DA DONATORE DOPO "MORTE ENCEFALICA"

Al Signor Procuratore della Repubblica di (*) _____,

premessi che

- la salma del/lla sig./ra _____ è stata identificata come in epigrafe;
- in data _____ è stata inviata comunicazione all'Autorità Giudiziaria n° _____ relativa agli eventi accaduti nel comune di _____;
- il Collegio Medico per l'Accertamento della morte encefalica, costituito presso questo Ospedale ai sensi e per gli effetti di cui al comma 5, art.2 della Legge 29/12/1993 n°578, sta espletando la procedura di accertamento della morte encefalica effettuando i controlli previsti dal DM 11/04/2008 per la durata prescritta non inferiore a 6 ore, a partire dalle ore _____ del giorno _____;

si richiede alla SV ill.ma nulla osta

al prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico una volta accertata e certificata la morte.

Si rappresenta inoltre che

- 1) su indicazione del Centro Regionale Trapianti, potrebbe rendersi necessario prelevare alcuni linfonodi per gli accertamenti immunologici indispensabili al successivo trapianto, così come durante il prelievo degli organi si procederà, sempre per le stesse ragioni, al prelievo di un frammento di milza;
- 2) al termine delle operazioni di prelievo il corpo resterà a disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

SEZIONE RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO DI ORGANI E/O TESSUTI DA DONATORE DOPO "MORTE CARDIACA"

Al Signor Procuratore della Repubblica di (*) _____,

premessi che

- il cadavere del/lla sig./ra _____ è stato identificato come in epigrafe;
- in data _____ è stata inviata comunicazione all'Autorità Giudiziaria n° _____ relativa agli eventi accaduti nel comune di _____;
- l'accertamento e la certificazione di morte sono stati condotti mediante elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi (comma 1, art.2 della Legge 29/12/1993 n°578 e DM 11/04/2008);

si richiede alla SV ill.ma nulla osta

al prelievo di organi e/o tessuti a scopo di trapianto terapeutico.

Si rappresenta inoltre che

- 1) su indicazione del Centro Regionale Trapianti, potrebbe rendersi necessario prelevare alcuni linfonodi per gli accertamenti immunologici indispensabili al successivo trapianto, così come durante il prelievo degli organi si procederà, sempre per le stesse ragioni, al prelievo di un frammento di milza;
- 2) al termine delle operazioni di prelievo il corpo resterà a disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

Luogo _____, il _____

Il medico _____

Si attesta che il _____ alle ore _____

Il Pubblico Ministero di competenza, contattato telefonicamente,
dott./ssa _____

ha concesso il Nulla Osta verbale alle predette procedure.

Il medico _____ Fax _____ tel. _____

Osservazioni: _____

Spazio per la formalizzazione del Nulla Osta

Scheda di Segnalazione Prelievo delle Cornee

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
Residenza: _____ Domicilio: _____
Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: _____

SEDE DI PRELIEVO DELLA CORNEA

Ospedale / Struttura Sanitaria _____
 Presso il domicilio del Donatore Via _____ Città _____ Prov. _____

DATI RELATIVI ALLA DONAZIONE (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CHE ACCERTA L'ASSENZA DI CRITERI DI ESCLUSIONE ALLA DONAZIONE SULLA BASE DELL'ANAMNESI E DELL'ESAME OBIETTIVO - MOD. PO01 ALL01 E PO01 ALL2)

Causa del decesso:

<input type="checkbox"/> Cerebrovascolare	<input type="checkbox"/> Cardiovascolare	<input type="checkbox"/> Traumatica/Violenta
<input type="checkbox"/> Neoplastica	<input type="checkbox"/> Metabolica	<input type="checkbox"/> Intossicazione/Overdose
<input type="checkbox"/> Respiratoria	<input type="checkbox"/> Infettiva	<input type="checkbox"/> Non nota

Prelevatore avvisato da _____ alle ore _____ del _____

Autopsia RICHIESTA NON RICHIESTA

Prelevato campione di sangue EDTA SI NO

Generalità del Medico (CHE ACCERTA L'ASSENZA DI CRITERI DI ESCLUSIONE ALLA DONAZIONE)

Cognome _____ Nome _____
Qualifica _____ Reparto di appartenenza _____
Data _____ Firma _____

DATI RELATIVI AL PRELIEVO (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO PRELEVATORE)

Esame Della Cornea In Situ: VALUTAZIONE OD _____ OS _____

Data del prelievo _____ Ora _____ Reparto _____

Tecnica prelievo tecnica Protocollo Regione Piemonte Altra _____

Materiale Prelevato: Cornea OD OS bulbo oculare OD OS

Generalità del Medico Responsabile delle Operazioni di Prelievo

Cognome _____ Nome _____
Qualifica _____ Ospedale di appartenenza _____
Data _____ Firma _____

Consegna delle cornee entro 96 ore dal prelievo alla Banca delle Cornee

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino- P.O. Molinette - Via Genova 3 – 10126 Torino
(dalle 9.00 alle 16.00 dal lunedì al venerdì)

L'originale del presente modulo è da inviare alla Banca delle Cornee insieme al tessuto prelevato
Copia del presente modulo è da conservare in cartella clinica

Foglio di accompagnamento della cornea

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
Residenza: _____ Domicilio: _____
Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: _____

PRELIEVO: (da compilarsi a cura del prelevatore)

Data prelievo: _____ ora: _____

Medico prelevatore: _____

Ospedale di appartenenza: _____

cornea prelevata: **Occhio Destro**

firma del prelevatore _____

CONSERVARE IN FRIGOFERO A 4°C (2°C-10°C) FINO ALL'IMBALLAGGIO PER IL TRASPORTO

TRASPORTO: (da compilare da parte del mittente e del destinatario)

1. inviata alla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____ a mezzo

conducente Sig. _____ firma del conducente _____

data di arrivo _____ ora di arrivo _____

ritirato da: _____ firma del destinatario _____

L'originale del presente modulo accompagna la cornea dal momento del prelievo alla consegna alla Banca delle Cornee.

Copia del presente modulo va conservata in cartella clinica e presso la Banca delle Cornee.

Foglio di accompagnamento della cornea

DATI RELATIVI AL POTENZIALE DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Genere (F/M): _____
Nato/a il: ___/___/___ a: _____ Prov.: _____
Residenza: _____ Domicilio: _____
Ricoverato/a il: ___/___/___ Diagnosi: _____
Deceduto/a presso: _____ Ospedale: _____ il: ___/___/___ ore: ___:___

PRELIEVO: (da compilarsi a cura del prelevatore)

Data prelievo: _____ ora: _____

Medico prelevatore: _____

Ospedale di appartenenza: _____

cornea prelevata: **Occhio Sinistro**

firma del prelevatore _____

CONSERVARE IN FRIGOFERO A 4°C (2°C-10°C) FINO ALL'IMBALLAGGIO PER IL TRASPORTO

TRASPORTO: (da compilare da parte del mittente e del destinatario)

2. inviata alla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____ a mezzo

conducente Sig. _____ firma del conducente _____

data di arrivo _____ ora di arrivo _____

ritirato da: _____ firma del destinatario _____

L'originale del presente modulo accompagna la cornea dal momento del prelievo alla consegna alla Banca delle Cornee.

Copia del presente modulo va conservata in cartella clinica e presso la Banca delle Cornee.

Foglio di Trasporto delle Cornee

DATA: _____

ORA: _____

QUANTITA' CORNEE: _____ (IN CIFRE) _____ (IN LETTERE)
(da compilarsi a cura della Struttura di Prelievo)

QUANTITA' PROVETTE: _____ (IN CIFRE) _____ (IN LETTERE)
(da compilarsi a cura della Struttura di Prelievo)

TRASPORTO: (da compilare da parte del mittente e del destinatario)

inviata alla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____ a mezzo azienda _____

conducente Sig. _____ firma del conducente _____

data di arrivo _____ ora di arrivo _____

ritirato da: _____ firma del destinatario _____

L'originale del presente modulo accompagna la/le cornea/e dal momento del prelievo alla consegna alla Banca delle Cornee.

Copia del presente modulo va conservata in cartella clinica e presso la Banca delle Cornee.