

Da compilare a cura della ST e inviare in forma criptata entro 72 ore alla e-mail:

bcorneepiemonte@immunogenetica.net

Banca delle Cornee della Regione Piemonte

SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Responsabile attività Dr.ssa Piera Santoro: Tel. 011.6336519

Fax 011.6334363

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome Sesso M F

Luogo di nascita.....Data di nascita

C.F.....Indirizzo di residenza:.....

Città: Prov: Recapito telefonico:

DATI CLINICI DEL PAZIENTE

Iscrizione per: OD OS Progressi trapianti di cornea: OD: n°..... OS: n°.....

Visus residuo (BVA): OD/10 OS/10 Danno % (in base a tabelle INAIL):%

Iscrizione: ordinaria urgente (perforazione in atto) **necessario contatto telefonico ai numeri in intestazione**

Iscrizione per cornea istocompatibile: NO SI (vedi Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornee)

Patologia Corneale:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cheratite batterica (specificare) | <input type="checkbox"/> Cheratocono | <input type="checkbox"/> Scompenso tardivo (dopo 30 gg dal precedente tx) |
| <input type="checkbox"/> Cheratite micotica (specificare) | <input type="checkbox"/> Cheratopatia bollosa | <input type="checkbox"/> Trauma chimico o termico (fisico) |
| <input type="checkbox"/> Cheratite protozoaria (specificare) | <input type="checkbox"/> Distrofia stromale | <input type="checkbox"/> Trauma meccanico |
| <input type="checkbox"/> Cheratite virale (specificare) | <input type="checkbox"/> Distrofia endoteliale | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> Cheratite non infettiva | <input type="checkbox"/> Edema post- chirurgico | |
| | <input type="checkbox"/> Scompenso precoce (entro 30 gg dal precedente tx) | |

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nevasi <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare quadrante/i: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma in trattamento <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI danno funzionale: lieve <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> |
| Occhio da operare <input type="checkbox"/> Fachico | <input type="checkbox"/> Fachico con cataratta <input type="checkbox"/> Afachico <input type="checkbox"/> Pseudofachico |
| Ambliopia <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Maculopatia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | |
| Risultato desiderato <input type="checkbox"/> Miglioramento acuità visiva | <input type="checkbox"/> Ripristino struttura <input type="checkbox"/> Diminuzione dolore |

Cornea per intervento:

- | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PKP | <input type="checkbox"/> PKF | <input type="checkbox"/> PKT | <input type="checkbox"/> DALK | <input type="checkbox"/> ALK | <input type="checkbox"/> DS-AEK | <input type="checkbox"/> DS-AEK UT | <input type="checkbox"/> DMEK |
| <input type="checkbox"/> DS-AEK pre-cut Ø.....mm | SPESSORE <input type="checkbox"/> >100 µm <input type="checkbox"/> <100 µm | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DMEK pre-cut Ø..... mm | PRECARICATO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | MARCATURA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | |

GENERALITÀ DEL MEDICO OCULISTA CHE RICHIEDE L'IMMISSIONE IN LISTA

Cognome e Nome Qualifica

Data della visita Struttura di Trapianto

Firma:.....

Il sottoscritto/a autorizza il Medico Oculista a trasmettere questi dati alla Banca delle Cornee della Regione Piemonte e al C.R.T., per il loro trattamento anche con l'ausilio di strumenti elettronici. Il sottoscritto viene informato che il rifiuto del trapianto dovuto a motivi personali per due volte consecutive comporta la perdita dell'anzianità di lista (Protocollo Regionale Cornee, sez. 9.2 "Lista di attesa Regionale"). Il sottoscritto viene informato che il Responsabile della Struttura di Trapianto può sospendere o escludere dalla lista di attesa il paziente che rifiuti il trapianto per motivi personali o che non collabori ad una adeguata gestione clinica pretrapianto.

Data:

Firma del paziente:.....