



SEGNALAZIONE DONATORE				
CIR	OCST	CRT Sicilia	Coordinatore CRT	
☎ 091.6663823 ☎ 091.6663830 cell_reperibile 3357391238 e-mail: coordinamento@crtsicilia.it				
Tipo di donazione		HB <input type="checkbox"/>	NHB <input type="checkbox"/>	DATA
Ospedale/Rianimazione:		Città:		
Medico referente:		Coordinatore locale:		
Telefono:		Fax:		
Codice SIT:				
DONATORE				
Cognome:		Nome:		
Data di nascita:		Età:	Sesso:	
Codice fiscale:		Luogo di nascita:		
Regione di nascita:		Nazione di nascita:		
Regione di residenza:		Nazione di residenza:		
Recapito Familiare: <i>Cognome</i>		<i>Nome</i>		
<i>recapito telefonico</i>		<i>cellulare</i>		
Città di residenza:		Indirizzo di residenza:	CAP	
EMOGRUPPO: Rh				
TIPIZZAZIONE TISSUTALE				
Data		Laboratorio HLA Ospedale Cervello Palermo		
Locus A	Locus B	Locus Bw	Locus DR	Locus DRw
DATI ANTROPOMETRICI				
Peso (Kg)		Altezza (cm)		
Circonferenza toracica transmammillare (cm)		Circonferenza toracica margino costale inf.(cm)		
Circonferenza addominale ombelicale (cm)		Distanza giugulo-xifoidea (cm)		
Distanza acromion-margino costale inf. (cm)		Distanza acromion giugulo (cm)		
DECORSO CLINICO				
Causa della morte cerebrale:				
Sede del primo ricovero:		Data:	Ora:	
Ricovero nell'attuale rianimazione:		Data:	Ora:	
Intubazione tracheale:		Data	Ora:	
Patologia traumatica associata:				
Interventi chirurgici associati:				
Inizio accertamento della morte cerebrale		Data:	Ora:	
Fine accertamento della morte cerebrale		Data:	Ora:	
Orario previsto per inizio prelievi		Data:	Ora:	
Orario reale per inizio prelievi		Data:	Ora:	
Arresto cardiaco irreversibile		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ora:
Donatore non idoneo alla donazione di ORGANI a priori		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Causa specifica di non idoneità:				
Donatore non idoneo alla donazione di TESSUTI a priori		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Causa specifica di non idoneità:				



AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO			
A disposizione della procura:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Opposizione della procura: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Opposizione al prelievo di organi e tessuti:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	non richiesta <input type="checkbox"/> non rilevata <input type="checkbox"/>
Opposizione al prelievo di cornee:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Espressione della volontà:	Familiari <input type="checkbox"/>	SIT <input type="checkbox"/>	Tessera <input type="checkbox"/>
Scheda espressione di volontà SIT stampata	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Note sul colloquio:			
Richiesta autopsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

DATI ANAMNESTICI			
Dati anamnestici raccolti	Colloquio familiari <input type="checkbox"/>	Da cartella clinica N.SDO <input type="checkbox"/>	Colloquio medico curante <input type="checkbox"/>
	Tessera sanitaria <input type="checkbox"/>	Altro _____	
Data compilazione __/__/____	Referente	Cognome	Nome
Note cliniche (Quali e da quanti anni)			
Malattie ematopoietiche	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Cardiopatie	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Pneumopatie	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Epatopatie	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Diabete	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Insulino dipendente	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Dislipidemie	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nefrouropatie	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Ipertensione	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Da quanti anni	
Osteoporosi	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Artrite reumatoide	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Vasculopatie arteriose	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Vasculopatie venose	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Patologie psichiatriche	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Patologie congenite	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Sindrome di Down	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Sindrome di Marfan	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Sindrome di Noonam	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Pregressi interventi chirurgici	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Uso cronico di farmaci	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Malattie autoimmuni	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Collagenopatie	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Anoressia o bulimia	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Irregolarità mestruali	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Gravidanza in atto	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Interruzioni di gravidanza recenti	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Tabagismo	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N. sigarette/die	da anni
Etilismo cronico	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Altro			



DATI ANAMNESTICI PATOLOGIE INFETTIVE		
FATTORI DI RISCHIO PER HIV, HBV, HCV NELL'ULTIMO MESE		NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Comportamenti sessuali a rischio	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Prostituzione	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Rapporti con soggetti con documentata infezione da:		
HIV	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
HBV	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
HCV	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Uso di droghe	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Esposizione percutanea o attraverso ferite aperte o mucose a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV, HCV	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	tipo di esposizione agente infettivo
Detenzione in ambiente carcerario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Trattamento emodialitico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Infusione cronica di emoderivati umani	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	emoderivato tempistica di somministrazione malattia
Malattie veneree diagnosticate o trattate	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	trattamento ricevuto
Tatuaggi, piercing, o agopuntura se non eseguiti con materiale sterile o monouso	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	procedura tempistica di esecuzione
Per la sola donazione di tessuti: sono presenti i succitati fattori di rischio nei 12 mesi precedenti la donazione?	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se SI specificare
Malattie infettive pregresse	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se SI Quali _____ Quando _____ <small>se possibile acquisire documentazione comprovante il trattamento effettuato</small>
Malattie infettive in atto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quali _____
Rischio di trasmissione di patologia infettiva legato a viaggi in zone endemiche o esposizione ad agenti infettivi (non escludibile con esami di approfondimento)	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	tempistica eventuale profilassi
Evidenza clinica o di laboratorio di infezioni da HIV, HBV o HCV	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ittero di eziologia sconosciuta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Infezioni sistemiche (virali, batteriche, fungine e parassitarie)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Encefalite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Meningite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tubercolosi	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Malattie veneree	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sindrome di Reye	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



Esantemi recenti od in atto	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Esantemi recenti nei familiari	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Epidemie di malattie infettive nell'asilo-scuola frequentata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Vaccinazioni nelle quattro settimane antecedenti alla donazione (Morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla, vaiolo)	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Morsi, graffi o punture recenti di animali	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Gravi infezioni locali degli organi o tessuti destinabili a donazione	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FATTORI DI RISCHIO NEUROLOGICO O RISCHIO PER MALATTIE DA PRIONI NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Soggetto con M. di Creutzfeld-Jakob	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Famigliare con M. di Creutzfeld-Jakob	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Presenza di demenza o malattie croniche degenerative centrali ad eziologia sconosciuta	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Malattia di Alzheimer	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sclerosi Multipla	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sclerosi Laterale Amiotrofica	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Panencefalite Acuta Sclerosante	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Morbo di Parkinson	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Leucoencefalite Multifocale Progressiva	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Utilizzo di ormoni di natura ipofisaria	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Allotrapianto di dura madre	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Soggetto sottoposto ad interventi intracranici non specificati	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Soggetto sottoposto ad intervento chirurgico o trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna negli anni dal 1984 al 1996	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sindrome di Guillan-Barre'	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Epilessia accertata e in terapia	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FATTORI DI RISCHIO NEOPLASTICO		
Neoplasia in atto	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Neoplasia progressa	NN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tipo neoplasia (adozione classificazione SNOMED -SIT)	Data diagnosi	Sede neoplasia
Dimensioni	Istologia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Grading Staging
Terapia chirurgica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Chemioterapia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Terapia radiante	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Follow up eseguito SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Altra terapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Anni liberi da malattia
Note		



ALTRI FATTORI DI RISCHIO		NN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Soggetto sottoposto a trapianto di organo, cornea, xenotrapianto		NN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ingestione o esposizione a sostanza tossica in dose nociva che può essere trasmessa (es: cianuro, piombo, mercurio)		NN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Storia di trattamenti farmacologici a scopo immunosoppressivo		NN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trattamenti chemioterapici		NN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Terapia radiante		NN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malattia ad eziologia sconosciuta		NN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ANAMNESI SPECIFICA DEL DONATORE DI TESSUTI				
CORNEE				
Valutazione Cornee		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Causa non valutazione:				
Rischio specifico al prelievo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Infiammazioni e infezioni oculari in atto		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Malattie congenite o acquisite dell'occhio che possono pregiudicare il risultato del trapianto		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Chirurgia laser o refrattiva e altri interventi chirurgici sulla cornea		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Quali _____
Precedenti interventi oculari (cataratta, glaucoma, etc.)		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Quali _____
Sindrome di Marfan		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Sindrome di Down		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Note				
CUTE				
Valutazione Cute		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Causa non valutazione:				
Rischio specifico al prelievo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Presenza di malattie sistemiche con compromissione cutanea		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Abrasioni, ustioni acute estese		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Nevi clinicamente sospetti, nevi multipli se > 100		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Infezioni cutanee, dermatiti, patologie cutanee infiammatorie a carattere locale, ectoparassitosi		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Note				
TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO				
Valutazione Tessuti Muscolo Scheletrici, eseguita		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Causa non valutazione:				
Rischio specifico al prelievo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Malattie quali acromegalia, iperparatiroidismo che comportano alterazioni strutturali della matrice ossea		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Irradiazione nella zona di prelievo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Osteoporosi		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Traumi multipli con fratture esposte		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Note				



VALVOLE CARDIACHE E/O SEGMENTI VASCOLARI		
Valutazione Valvole Cardiache e Segmenti Vascolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Causa non valutazione:		
Rischio specifico al prelievo di Valvole Cardiache e/o Segmenti Vascolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Assideramento con temperature inferiori a 0°C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Epilessia accertata e in terapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Anoressia e bulimia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sindrome di Down, Marfan, Noonan	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Alcolismo cronico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Rischio specifico al prelievo di Valvole Cardiache	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Valvulopatia cardiaca (v. aortica e/o polmonare) con incontinenza da moderata a severa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Precedenti interventi cardiocirurgici a carico delle valvole cardiache o dei segmenti vascolari che si intendono prelevare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dissecazioni arteriose	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Traumi diretti e massivi nella zona del prelievo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Polmonite nei 30 gg precedenti senza evidenza di risoluzione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Massaggio cardiaco a cuore aperto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Puntura intracardiaca	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Rischio specifico al prelievo di Segmenti vascolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Arteriopatia ostruttiva cronica periferica (claudicatio intermittens)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Arteriti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Patologia aneurismatica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Diabete mellito insulino dipendente (esclude il prelievo dal femoro-popliteo-tibiale)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Terapia corticosteroidica protratta o con derivati dell'ormone somatotropo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Precedenti interventi di chirurgia vascolare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Lesioni aterosclerotiche maggiori (placche calcificate, ulcerate o emorragiche)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Trombosi venosa profonda e superficiale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Insufficienza venosa cronica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Precedenti interventi di chirurgia vascolare fibrologica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Varici essenziali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Incontinenza della crosse safeno-femorale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Note		
ESAME OBIETTIVO		
	Segni patologici	Note cliniche
Palpazione tiroide	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Palpazione mammella	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cicatrici cutanee, cheloidi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Lesioni pigmentate cutanee o mucose	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Petecchie ed ecchimosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



Lesioni erpetiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Esantemi (in particolare in età pediatrica) in atto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nevi clinicamente sospetti o nevi multipli (>100)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Infezioni cutanee, dermatiti e/o parassitosi cutanee	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ittero	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Linfonodi palpabili	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Palpazione genitali esterni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Segni di venopuntura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Secrezioni bronchiali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Masse addominali palpabili	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Esplorazione rettale (età >50 aa)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tatuaggi/Piercing	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Fratture esposte	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Infezioni / infiammazioni o traumi oculari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Abrasioni o ustioni acute estese	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

PARAMETRI EMODINAMICI

Data	PA sis	PA dia	F.C. b/min	PVC cm H2O	Diuresi ml/h	Diuresi 12/24 h
Episodi di ipotensione grave (<80 mmHg)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		N. e durata degli episodi di ipotensione		
Arresti cardiaci		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		N. e durata degli arresti cardiaci		
Intracardiaca		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		N.		
Defibrillazione esterna		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		N.		

FARMACI VASOATTIVI	Iniziata il	Dose attuale	Dose massima	Durata	Sospesa il
Dopamina (γ/Kg/min)					
Dobutamina (γ/Kg/min)					
Norepinefrina (γ/Kg/min)					
Epinefrina (γ/Kg/min)					

EMODERIVATI DURANTE IL RICOVERO

Paziente emodiluito	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ha subito perdite ematiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se si quantità _____
Prelievo per indagini sierologiche antecedente a trasfusioni/ infusioni		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Data	Tipo	Numero di unità	
	Emazie concentrate		
	Sangue intero		
	Plasma		
	Piastrine		



TEMPERATURA CORPOREA °C			
Episodi febbrili SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Data	Ora	Temperatura centrale	Temperatura cutanea

EMOGAS ANALISI				
	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____
FiO2				100% + PEEP 5%
PaO2				
PaCO2				
SaO2				
pH				
HCO3				
EB				

ESAMI EMATOCHIMICI							
		Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____
Globuli rossi	10 ⁶ /μl						
Ematocrito	%						
Emoglobina	g/dl						
Globuli bianchi	10 ³ /μl						
Piastrine	10 ³ /μl						
Azotemia (BUN)	mg/dl						
Creatininemia	mg/dl						
Glicemia basale	mg/dl						
Sodiemia	mg/dl						
Potassiemia	mg/dl						
Cloremia	mEq/dl						
Calcemia	mg/dl						
CPK	mg/dl						
CPK-MB	mg/dl						
LDH	mg/dl						
Troponina							
Trans.GOT-AST	U/I						
Trans.GPT-ALT	U/I						
Gamma GT	U/I						
Colinesterasi	U/I						
Amilasemia	mg/dl						
Lipasemia	U/I						



Fosfat.alc. APH	U/I						
Bilirubina totale	mg/dl						
Bilirubina diretta	mg/dl						
PT	%						
PTT	sec						
INR							
Fibrinogeno	mg/dl						
Antitrombina III	%						
Proteine totali	mg/dl						
Albumina	g/dl						
Proteinuria g/24 h							
Clearance Creatin							
Esame urine completo							
Esame tossicologico su sangue							
Esame tossicologico su urine							

EMORRAGIA CEREBRALE DA CAUSA NON CERTA

	Data				
Beta HCG					

DONATORE MASCHIO ETÀ' > 50 anni

	Data				
PSA libero					
PSA totale					
PSA libero/ totale					

ESAMI CULTURALI

	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____	Data _____ Ora _____
Urinocoltura	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	
Microrganismo			
Terapia			
Emocoltura	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	
Microrganismo			
Terapia			
Coltura escreato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	
Microrganismo			
Terapia			



MARCATORI INFETTIVOLOGICI (su campione raccolto prima di trattamenti che comportino emodiluizione)							
	Data Ora	Data Ora	Data Ora	Data Ora	Data Ora	Data Ora	Data Ora
HBsAg*							
antiHBc tot.*							
antiHBc IgM							
antiHBs							
antiHBe							
HBeAg							
HBsAb*							
HDV IgM (solo se HBsAg+)							
HDV IgG (solo se HBsAg+)							
HDV Ag (solo se HBsAg+)							
antiHCV*							
antiHIV 1 e 2*							
TPHA*							
VDRL* (se TPHA +)							
RPR test							
CMV IgG **							
CMV IgM **							
anti Toxo - IgG							
anti Toxo - IgM							
HSV 1-2 IgG							
HSV 1-2 IgM							
VZV-IgG							
VZV IgM							
EBV VCA IgG *							
Anti EBNA IgG							
HTLV I-II*							
Altro							

*Da effettuare durante l'accertamento nel caso in cui si sospetti di utilizzare organi per ricevente pediatrico

* Solo per tessuti

MARCATORI INFETTIVOLOGICI MOLECOLARI		
HBV-DNA qualitativo		
HBV-DNA quantitativo		
HDV-RNA (solo per HBsAg+)		
HCV-RNA qualitativo		
HCV-RNA quantitativo		
HIV-RNA		



ESAMI STRUMENTALI	
RX Torace	
Broncoscopia	
ECG	
Eco Cardio (FE%)	
Coronarografia	
Eco addome (renale, epatica, pancreatica)	
Altro	



ESAMI ISTOLOGICI	
Fegato	
Rene DX	
Rene SX	
Prostata	
Tiroide	
Altro	

A cura di:

Qualifica _____

Cognome _____ Nome _____

Firma _____