

Check list di diagnosi e accertamento di morte

| | |
|---|--------------------------|
| Verificare diagnosi etio-patogenetica certa | <input type="checkbox"/> |
| Verificare assenza di fattori concomitanti in grado di interferire sul quadro clinico complessivo: | <input type="checkbox"/> |
| assenza di farmaci depressori del S.N.C. | <input type="checkbox"/> |
| assenza di ipotermia | <input type="checkbox"/> |
| assenza di alterazioni endocrino metaboliche | <input type="checkbox"/> |
| assenza di ipotensione arteriosa sistemica | <input type="checkbox"/> |
| assenza di danno cerebrale anossico nelle ultime 24 ore | <input type="checkbox"/> |
| Verificare assenza dello stato di vigilanza e di coscienza | <input type="checkbox"/> |
| Verificare assenza dei riflessi del tronco encefalico | <input type="checkbox"/> |
| - assenza del riflesso corneale | <input type="checkbox"/> |
| - assenza del riflesso fotomotore | <input type="checkbox"/> |
| - assenza di reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino | <input type="checkbox"/> |
| - assenza di risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato | <input type="checkbox"/> |
| - assenza del riflesso oculovestibolare | <input type="checkbox"/> |
| - assenza del riflesso faringeo | <input type="checkbox"/> |
| - assenza del riflesso carenale | <input type="checkbox"/> |
| Verificare assenza di respiro spontaneo | <input type="checkbox"/> |
| - verificato mediante test dell'apnea | <input type="checkbox"/> |
| Verificare assenza di attività elettrica cerebrale | <input type="checkbox"/> |
| - documentato da EEG | <input type="checkbox"/> |
| Inviare comunicazione alla Direzione Sanitaria per convocazione Collegio Medico | <input type="checkbox"/> |
| Verificare la comunicazione di morte ai congiunti del potenziale donatore | <input type="checkbox"/> |
| Persona referente.....convocata alle ore..... | <input type="checkbox"/> |
| Verificare l'ora di inizio e fine dell'osservazione/..... | <input type="checkbox"/> |
| Segnalare al CRT i dati del donatore (Nome Cognome, data di nascita, gruppo) | <input type="checkbox"/> |
| Verificare tramite CRT la presenza nel SIT di dichiarazione di volontà | <input type="checkbox"/> |
| Verificare con i familiari eventuale volontà del loro caro | <input type="checkbox"/> |
| Verificare esami ematochimici, virologici e gruppo sanguigno | <input type="checkbox"/> |
| Referti | <input type="checkbox"/> |



**ARNAS GARIBALDI CATANIA
COORDINAMENTO LOCALE PER I TRAPIANTI**

Coordinatore locale Dott.ssa Ilenia Giusy Bonanno
Referente Dott. Stefano Bordoni



Prelievi da inviare

Persona referente laboratoriochiamata alle ore

Persona referente trasfusionale chiamata alle ore

Emodiluito :

N° trasfusioni _____ data _____ tipologia _____

da comunicare al CRT

Verificare un primo giudizio sull'idoneità del donatore

Verificare l'eventuale necessità di trasmettere i dati alla autorità giudiziaria

incidente stradale

infortunio sul lavoro

omicidio

suicidio

morte sospetta

Raccogliere anamnesi dalla cartella e dai familiari

Esame obiettivo

Parametri emodinamici

Contattare la _____ per ecocardio

Dott. _____ Alle ore _____ tempo di arrivo _____

Contattare la _____ per ecoaddome

Dott. _____ Alle ore _____ tempo di arrivo _____

Contattare la _____ per rx

Dott. _____ Alle ore _____ tempo di arrivo _____

Contattare la _____ per broncoscopia

Dott. _____ Alle ore _____ tempo di arrivo _____

Far firmare il modulo di informazione/non opposizione ai familiari

Compilare GEDON

o

Compilare la scheda cartacea

Inviare al CRT

Copia del gruppo sanguigno con doppia firma

Copia dei marcatori sierologici

Non opposizione organi e tessuti





**ARNAS GARIBALDI CATANIA
COORDINAMENTO LOCALE PER I TRAPIANTI**

Coordinatore locale Dott.ssa Ilenia Giusy Bonanno
Referente Dott. Stefano Bordoni



- Consenso Cornee
- Inviare la scheda del donatore
- Referente CRT _____ contattato alle _____
- Contattare la _____ per prelievo linfonodi**
- Dott. Alle ore tempo di arrivo**
- Contattare TC CRT per trasporto materiale immunologico**
- Alle ore tempo di arrivo**
- Compilare il modulo per trasporto**
- Compilare il modulo da allegare ai campioni**
- Acquisito verbale di accertamento morte**
- Verificare l'arrivo dell'autorizzazione giudiziaria al prelievo di organi**
- Allertare sala operatoria**
- Referente _____ contattato alle _____
- Richiesta sacche n° trasfusionale
- Chiedere quali centri trapianto coinvolti nel prelievo
- Preparare i verbali di prelievo
- Richiesta da TC CRT esame bioptico in sede di prelievo
- Contattare la _____ per esame bioptico**
- Dott. Alle ore tempo di arrivo**
- Verificare la completezza dei dati al CRT**
- Trasportare il donatore in sala operatoria**
- Verificare la corretta compilazione dei verbali e inviare al CRT**
- Effettuare trasporto della salma in obitorio**
- Inviare documentazione all'Azienda Sanitaria**

DATA

FIRMA

