



**ARNAS GARIBALDI CATANIA**  
**COORDINAMENTO LOCALE PER I TRAPIANTI**  
Coordinatore locale Dott.ssa Ilenia Giusy Bonanno  
Referente Dott. Stefano Bordoni



Allegato C

## **MODULO DONAZIONE CORNEE**

Ad uso Banca Occhi:  
ID Don: .....

### **Sez. 1 Dati sulla donazione**

Centro di prelievo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Medico referente: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Coordinatore loc \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Tipo di donazione:  HB (multi-organo)     NHB (cuore fermo)

Note: \_\_\_\_\_

*Ad uso Banca Occhi: applicare  
qui il Codice Unico Donazione  
(CUD)*

### **Sez. 2 Notizie generali sul donatore**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Sesso  M     F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° C.F./doc.id. \_\_\_\_\_ Data di ricovero \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Medico di famiglia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data e ora del decesso (per donatore HB: inizi dell'osservazione) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data e ora dell'arresto cardiocircolatorio (per donatore HB: cross-clamp) \_\_\_\_\_

### **Sez. 3 Diagnosi**

Causa iniziale di morte \_\_\_\_\_

Complicanze \_\_\_\_\_

### **Sez. 4 Autorizzazione al prelievo**

Salma sottoposta ad autorità giudiziaria  NO     SI (precisare)

Autorizzazione al prelievo fornita dal Magistrato (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Data e ora \_\_\_\_\_

Richiesta di autopsia  NO     SI (precisare)

Eseguita da (indicare cognome e nome dell'Anatomo Patologo) \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Risultati \_\_\_\_\_

forniti da (indicare cognome, nome, qualifica) \_\_\_\_\_

### **Fonte delle informazioni (sez. 1 - 4)**

Cartella clinica (precisare numero SDO) \_\_\_\_\_

Personale ospedaliero (precisare cognome, nome, qualifica) \_\_\_\_\_

Operatore che riceve l'informazione \_\_\_\_\_

Data/ora \_\_\_\_\_

**Sez.5 Anamnesi patologica prossima e remota**

Verificare la presenza delle seguenti condizioni (**barrare NO o SI vicino ad ogni voce**), la cui presenza costituisce controindicazione assoluta alla donazione (**eccetto le voci con asterisco**):

<b>Infettive</b>		<b>Patologie del s.n.c./rischio prioni</b>		<b>Oculari</b>	
<b>NO SI</b>	* Setticemia batterica in fase attiva (specificare in note)	<b>NO SI</b>	Malattie del SNC di origine sconosciuta (sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, Parkinson)	<b>NO SI</b>	* Chirurgia laser e refrattiva : PRK, LASIK, ecc
<b>NO SI</b>	Infezioni sistemiche che non siano state controllate (identificate e trattate efficacemente) al momento della donazione (specificare in note)	<b>NO SI</b>	Demenza di causa sconosciuta (Alzheimer, ecc.) non II a patologia cerebrovascolare, tumore, trauma	<b>NO SI</b>	* Chirurgia del segmento anteriore (cataratta, chirurgia filtrante per glaucoma)
<b>NO SI</b>	Tubercolosi attiva o entro 6 mesi dall'inizio del trattamento	<b>NO SI</b>	Malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o familiare di soggetto affetto	<b>NO SI</b>	Infezioni attive dell'occhio
<b>NO SI</b>	Sindrome di Reye	<b>NO SI</b>	Panencefalite subacuta sclerosante	<b>NO SI</b>	Tumori maligni del bulbo, retinoblastoma
<b>NO SI</b>	Storia, evidenza clinica o di lab. di infezione in atto da HIV, HBV, HCV, Treponema	<b>NO SI</b>	Encefalopatia spongiforme trasmissibile (E.S.T.) o familiare di soggetto affetto	<b>NO SI</b>	Patologie congenite o acquisite che compromettono il risultato chirurgico (cheratocono, cheratogloblo, leucoma corneale in area ottica, pterigio in area utile)
<b>NO SI</b>	Sieropositività per HBsAg	<b>NO SI</b>	Leucoencefalopatia multifocale progressiva, encefalite di origine sconosciuta, encefalopatia progressiva	<b>NO SI</b>	Sindrome di Marfan, Noonan, Down
<b>NO SI</b>	Sieropositività per anti-HCV	<b>NO SI</b>	Innesti di dura madre non sintetica		<b>Altri criteri</b>
<b>NO SI</b>	Sieropositività per anti- HIV 1 o 2	<b>NO SI</b>	Trattamento con ormone della crescita estratto da ipofisi umane	<b>NO SI</b>	Trapianto di organo, tessuti oculari o xenotrapianto (esclusi i prodotti biologici, farmaci o dispositivi medici derivanti da cellule o tessuti non vitali)
<b>NO SI</b>	Sieropositività per Lue	<b>NO SI</b>	Interventi intracranici non specificati	<b>NO SI</b>	Avvelenamento da monossido di carbonio
<b>Ad eziologia sconosciuta</b>		<b>Neoplasie</b>		<b>NO SI</b>	Emodialisi da più di un mese per insufficienza renale cronica
<b>NO SI</b>	* Morte per causa sconosciuta	<b>NO SI</b>	Neoplasie maligne di origine ematopoietica (leucemie, malattie mieloproliferative croniche, mielodisplasia, linfomi, mieloma multiplo. Fanno eccezione le MGUS	<b>NO SI</b>	Ingestione / esposizione nociva a sostanza tossica (cianuro, piombo, mercurio, oro)
<b>NO SI</b>	Malattia ad eziologia sconosciuta (specificare in note)			<b>NO SI</b>	Malattie autoimmuni (incluse del collagene)
<b>NO SI</b>	Ittero da causa sconosciuta			<b>NO SI</b>	Trattamenti immunosoppressivi tali da rendere non attendibile la determinazione dei marcatori virali

\* le seguenti condizioni non costituiscono controindicazioni al prelievo, ma vanno necessariamente segnalate se presenti

**Ulteriori dati anamnestici:**

Principali farmaci somministrati: .....

Temperatura corporea nelle ultimi 10 giorni:  Normale

Iperpiressia.....Inter

venti chirurgici di rilievo: .....

Emorragie interne/esterne note o sospette (escluse le cerebrali o le subaracnoidee):  SI  NO

**ALTRE CONDIZIONI DA SEGNALARE** es. etilismo cronico, uso cronico di farmaci, mal. infettive pregresse, ecc

.....

.....

.....

.....

.....

Peso del donatore: .....

**Fonte delle informazioni (sez. 5)** .....

Cartella clinica (precisare numero SDO) .....  Altro .....

Personale ospedaliero (precisare Cognome, nome, qualifica) .....

Operatore che riceve l'informazione

Data/ora

**Sez.6 Esamimicrobiologici (colturali)**Ad uso Banca Occhi:  
ID Don: .....**Disponibili** (specificare tipologia campione: sangue, urine, broncoaspirato, ecc):Campione \_\_\_\_\_ Datatest \_\_\_\_\_  NEG  POSper \_\_\_\_\_ :  
\_\_\_\_\_ Campione \_\_\_\_\_ Datatest \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NEG  POSper : \_\_\_\_\_ **In corso** (specificare tipologia campione: sangue, urine, broncoaspirato, ecc):

Campione \_\_\_\_\_ Datatest \_\_\_\_\_ ; Campione \_\_\_\_\_ Datatest \_\_\_\_\_ ;

Campione \_\_\_\_\_ Datatest \_\_\_\_\_ ; Campione \_\_\_\_\_ Datatest \_\_\_\_\_ ;

**Sez.7 Campione di sangue inviato alla Banca (obbligatorio n° 2 in EDTA e n° 2 asciutte)**

Data/ora prelievo del campione di sangue inviato alla Banca: \_\_\_\_\_

Tipo di campione inviato:  pre-trasfusioni/infusioni  post-trasfusioni/infusioni

In caso di campione post- trasfusione/infusioni, indicare:

**A. Emotrasfusionie/o infusioni di colloididi** (plasma, albumina, destrano, piastrine) **nelle 48 ore** precedenti il prelievo di sangue:

Prodotto ricevuto/quantità: \_\_\_\_\_

**B. Cristalloidi** (soluz. elettrolitiche, fisiologiche, glucidiche, aminoacidiche, mannitolo) **nell'ora precedente** il prelievo di sangue:

Prodotto ricevuto/quantità: \_\_\_\_\_

**Sez.8 Esami sierologici di legge (da compilare solo se sono già stati eseguiti)**

Data/ora prelievo del campione di sangue utilizzato per la sierologia: \_\_\_\_\_

rattasi dello stesso campione inviato alla Banca?  SI (valgo nelle informazioni già riportate in sez. 7, passare a sez. 9)  NO (continuare la compilazione della sez.8)Tipo di campione:  pre-trasfusioni/infusioni  post-trasfusioni/infusioni

In caso di esami eseguiti da campione post- trasfusione/infusioni, indicare:

**A. Emotrasfusionie/o infusioni di colloididi** (plasma, albumina, destrano, piastrine) **nelle 48 ore** precedenti il prelievo di sangue utilizzato

Prodotto ricevuto/quantità: \_\_\_\_\_

**B. Cristalloidi** (soluz. elettrolitiche, fisiologiche, glucidiche, aminoacidiche, mannitolo) **nell'ora precedente** il prelievo di sangue utilizzato:

Prodotto ricevuto/quantità: \_\_\_\_\_

**Fonte delle informazioni (sez. 6-8)** Cartella clinica (precisare numero SDO) \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_ Personale ospedaliero (precisare Cognome, nome, qualifica) \_\_\_\_\_

Operatore che riceve l'informazione \_\_\_\_\_ Data/ora \_\_\_\_\_

**Sez.9 Ispezione fisica** Negativa  Positiva (piercing, tatuaggi, segni di iniezioni non compatibili con la degenza, linfonodi anomali, ecc., precisare): \_\_\_\_\_

Eseguita da: \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Sez.10 Anamnesisociale**

(Il riscontro di una di queste condizioni costituisce criterio di esclusione, eccetto punto 3)

	NO	SI
<b>1. Verificare il rischio per HIV, HBV, HCV <u>NEGLI ULTIMI 12MESI</u>:</b>		
- usoe.v. , i.m. o s.c. di stupefacenti o di cocaina perviainalatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prostituzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- comportamentisessualiarischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- infusioni di fattori della coagulazione di origine umana inquantoemofilico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- partner di soggetti a rischio di infezione HCV,HBV,HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- esposizione a sangue sospetto o infetto tramite punture accidentalio contatto con zone di cute omucosalese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- periodo di detenzioneincarcere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- malattie veneree trattateodiagnosticate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tatuaggi, piercing, agopuntura senza utilizzare materiale monousoesterile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Verificarealtririschiinfettivi:</b>		
- interventi chirurgici o trasfusioni di sangue(oemoderivati) in Gran Bretagna negli anni dal 1980 al 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vaccinazione con virus attenuati nelle <b>4 settimane</b> precedenti ladonazione (morbillo, rosolia, varicella, parotite, febbre gialla e vaiolo) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- viaggi o esposizione ad agente infettivo, non escludibile con esamiapprofondimento? Specificare: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Verificare ev. interventi per la correzione di difetti visivi(chirurgia laser/rifrattiva)</b> Specificare tipo e anno intervento:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Per i donatori pediatrici (età inferiore a 18mesi):</b>		
appartiene ad una delle categorie dicuisopra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è nato da madre che appartiene ad una delle categorie di cuisopra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è stato allattato al seno negli ultimi 12mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fontedelleinformazioni(sez. 10)**

- Familiare o convivente(Cognome, nome e gradoparentela) \_\_\_\_\_
- Medico curante(Cognome,nome) \_\_\_\_\_
- Operatorecheintervista \_\_\_\_\_ Data/ora \_\_\_\_\_

**Documentiinviati a completamentodelleinformazioniriportatenellesezioniprecedenti**

- Calcoloemodiluzione       Refertiesamicolturali       Refertiesamisierologici
- Altro(specificare): \_\_\_\_\_

*Il medico sottoscritto dichiara di aver controllato l'identità del donatore, di aver escluso criteri di non idoneità alla donazione, di aver verificato l'esistenza delle condizioni stabilite dall'vigente normativa riguardante la manifestazione di volontà alla donazione e l'accertamento della morte prima di attivare le operazioni di prelievo. Dichiaro inoltre di avere coordinato le operazioni legate al prelievo in conformità alle vigenti "Linee guida CNT per il prelievo, la processazione e la distribuzione di tessuti di ascopo di trapianto" e dalle relative linee guida regionali.*

Data \_\_\_\_\_

Coordinatoreosostituto: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_