



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 inziale 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**):

Infettive		Patologie del s.n.c./rischio prioni		Oculari	
NO SI	* Setticemia batterica in fase attiva (specificare in note)	NO SI	Malattie del SNC di origine sconosciuta (sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, Parkinson)	NO SI	* Chirurgia laser e refrattiva : PRK, LASIK, ecc
NO SI	Infezioni sistemiche che non siano state controllate (identificate e trattate efficacemente) al momento della donazione (specificare in note)	NO SI	Demenza di causa sconosciuta (Alzheimer, ecc.) non II a patologia cerebrovascolare, tumore, trauma	NO SI	* Chirurgia del segmento anteriore (cataratta, chirurgia filtrante per glaucoma)
NO SI	Tubercolosi attiva o entro 6 mesi dall'inizio del trattamento	NO SI	Malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o familiare di soggetto affetto	NO SI	Infezioni attive dell'occhio
NO SI	Sindrome di Reye	NO SI	Panencefalite subacuta sclerosante	NO SI	Tumori maligni del bulbo, retinoblastoma
NO SI	Storia, evidenza clinica o di lab. di infezione in atto da HIV, HBV, HCV, Treponema	NO SI	Encefalopatia spongiforme trasmissibile (E.S.T.) o familiare di soggetto affetto	NO SI	Patologie congenite o acquisite che compromettono il risultato chirurgico (cheratocono, cheratogloblo, leucoma corneale in area ottica, pterigio in area utile)
NO SI	Sieropositività per HBsAg	NO SI	Leucoencefalopatia multifocale progressiva, encefalite di origine sconosciuta, encefalopatia progressiva	NO SI	Sindrome di Marfan, Noonan, Down
NO SI	Sieropositività per anti-HCV	NO SI	Innesti di dura madre non sintetica		Altri criteri
NO SI	Sieropositività per anti- HIV 1 o 2	NO SI	Trattamento con ormone della crescita estratto da ipofisi umane	NO SI	Trapianto di organo, tessuti oculari o xenotrapianto (esclusi i prodotti biologici, farmaci o dispositivi medici derivanti da cellule o tessuti non vitali)
NO SI	Sieropositività per Lue	NO SI	Interventi intracranici non specificati	NO SI	Avvelenamento da monossido di carbonio
Ad eziologia sconosciuta		Neoplasie		NO SI	Emodialisi da più di un mese per insufficienza renale cronica
NO SI	* Morte per causa sconosciuta	NO SI	Neoplasie maligne di origine ematopoietica (leucemie, malattie mieloproliferative croniche, mielodisplasia, linfomi, mieloma multiplo. Fanno eccezione le MGUS	NO SI	Ingestione / esposizione nociva a sostanza tossica (cianuro, piombo, mercurio, oro)
NO SI	Malattia ad eziologia sconosciuta (specificare in note)			NO SI	Malattie autoimmuni (incluse del collagene)
NO SI	Ittero da causa sconosciuta			NO SI	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 (valgole 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
1. Verificare il rischio per HIV, HBV, HCV <u>NEGLI ULTIMI 12MESI</u>:		
- 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"/>
2. Verificarealtririschiinfettivi:		
- 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 4 settimane 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"/>
3. Verificare ev. interventi per la correzione di difetti visivi(chirurgia laser/rifrattiva) Specificare tipo e anno intervento:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Per i donatori pediatrici (età inferiore a 18mesi):		
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 scopo di trapianto" e dalle relative linee guida regionali.

Data _____

Coordinatoreosostituto: _____

Firma _____