

VERBALE DI PRELIEVO DI CORNEE

Il **giorno** _____ alle **ore** _____ nei **locali** dell'AO
ARNAS Garibaldi di Catania reparto _____

Il sottoscritto Dott.:

visto il verbale di accertamento di morte

accertata la manifestazione di volontà alla donazione

verificata l'esclusione dei criteri di non idoneità alla donazione

identificata la salma (indicare le modalità di identificazione e chi ha identificato) _____

PROCEDONO **NONPROCEDONO**

al prelievo di cornee a scopo di trapianto terapeutico sulla salma del donatore:

Cognome _____ Nome _____ nato/aa _____

il _____, deceduto presso l'UOdi _____ indata _____

Dichiarano inoltre:

di aver effettuato un'**ispezione preliminare** dei tessuti oculari in situ, con il seguente esito:

di non aver prelevato per le seguenti cause _____

di aver utilizzato la **procedura chirurgica regionale** di prelievo:

SI **NO** (specificare) _____

di aver eseguito le operazioni legate al prelievo in conformità alle vigenti "Linee guida CNT per il prelievo, la processazione e la distribuzione di tessuti a scopo di trapianto" ed alle relative linee guida regionali, con particolare riferimento alla corretta identificazione dei tessuti prelevati e del box di trasporto ed al rispetto dell'integrità della salma (utilizzate le **protesi** fornite dalla Banca per la ricostruzione estetica dell'occhio).

di aver utilizzato il seguente **Kit di ferri chirurgici**:
datasterilizzazione: _____ lotto _____ scadenza _____

di aver utilizzato il seguente **Kit di terreni** di conservazione fornito dalla Banca:
lotto Corneal Chamber _____ scadenza _____

Cognome e Nome <i>Stampatello</i>	Cornea prelevata	Firma e Timbro
	OS OD nessuna	
	OS OD nessuna	