



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



AllegatoG

### 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 CornealChamber \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

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