

CENTRO DI RIANIMAZIONE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATI DEL POTENZIALE DONATORE :**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

**MOTIVO DELLA CONSULENZA (quesito):** \_\_\_\_\_

---

**DIGITAL RECTAL EXAM (DRE)**

**ISPEZIONE DELLA REGIONE PERIANALE:** \_\_\_\_\_

SUPERFICIE: REGOLARE  IRREGOLARE  SIMMETRICA  ASIMMETRICA

CONSISTENZA: REGOLARE  MOLLE  TESO ELASTICA  FIBROSA

FIBRO-PARENCHIMATOSA  DURO- LIGNEA

VOLUME: \_\_\_\_\_

CONTORNI: \_\_\_\_\_

MOBILITA': \_\_\_\_\_

ECOGRAFIA TRANS RETTALE : SI  NO

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE**

Dr. \_\_\_\_\_