

MODULO DONAZIONE CORNEEAd 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 ricovero _____

Medico di famiglia _____ Telefono _____

Data e ora del decesso (per donatore HB: inizio dell'osservazione) _____

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

Conservazione salma: a temperatura ambiente refrigerata (indicare n°ore): _____**Sez.3 Diagnosi**

Causa iniziale di morte _____

Complicanze _____

Causa terminale di morte _____

Sez.4 Autorizzazione al prelievoSalma 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' Anatomico 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 umana	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

Interventi chirurgici di rilievo:

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

Peso del donatore:

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

.....

.....

.....

.....

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 Esami microbiologici (colturali)

Ad uso Banca Occhi:

ID Don:

Disponibili (specificare tipologia campione: sangue, urine, broncoaspirato, ecc):

Campione _____ Data test _____ NEG POS per : _____

Campione _____ Data test _____ NEG POS per : _____

In corso (specificare tipologia campione: sangue, urine, broncoaspirato, ecc):

Campione _____ Data test _____; Campione _____ Data test _____;

Campione _____ Data test _____; Campione _____ Data test _____;

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. Emotrasfusioni e/o infusioni di colloidali (plasma, albumina, destrano, piastrine) **nelle 48 ore** precedenti il prelievo di sangue:

Prodotti ricevuti /quantità: _____

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

Prodotti ricevuti /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: _____

Trattasi dello stesso campione inviato alla Banca? SI (valgono le 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. Emotrasfusioni e/o infusioni di colloidali (plasma, albumina, destrano, piastrine) **nelle 48 ore** precedenti il prelievo di sangue utilizzato

Prodotti ricevuti /quantità: _____

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

Prodotti ricevuti /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 Anamnesi sociale

(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 12 MESI</u>:		
- uso e.v. , i.m. o s.c. di stupefacenti o di cocaina per via inalatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prostituzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- comportamenti sessuali a rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- infusioni di fattori della coagulazione di origine umana in quanto emofilico	<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 accidentali o contatto con zone di cute o mucosa lese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- periodo di detenzione in carcere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- malattie veneree trattate o diagnosticate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tatuaggi, piercing, agopuntura senza utilizzare materiale monouso e sterile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verificare altri rischi infettivi:		
- interventi chirurgici o trasfusioni di sangue (o emoderivati) in Gran Bretagna negli anni dal 1980 al 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vaccinazione con virus attenuati nelle 4 settimane precedenti la donazione (morbillo, rosolia, varicella, parotite, febbre gialla e vaiolo) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- viaggi o esposizione ad agente infettivo, non escludibile con esami di approfondimento? 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 18 mesi):		
appartiene ad una delle categorie di cui sopra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è nato da madre che appartiene ad una delle categorie di cui sopra ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è stato allattato al seno negli ultimi 12 mesi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte delle informazioni (sez. 10)

- Familiare o convivente (Cognome, nome e grado parentela) _____
- Medico curante (Cognome, nome) _____
- Operatore che intervista _____ Data/ora _____

Documenti inviati a completamento delle informazioni riportate nelle sezioni precedenti

- Calcolo emodiluizione Referti esami colturali Referti esami sierologici
- 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 dalla vigente normativa riguardanti la manifestazione di volontà alla donazione e l'accertamento della morte prima di attivare le operazioni di prelievo. Dichiara 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 a scopo di trapianto" ed alle relative linee guida regionali.

Data _____

Coordinatore o sostituto: _____ Firma _____