



**VERBALE DI PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI**

Il giorno \_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ nei locali del blocco operatorio della AO \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, i sottoscritti medici preso atto che sono state adempiute le disposizioni di cui alla Legge 1 aprile 1999 n° 91 in merito alla non opposizione alle operazioni di prelievo, la cui documentazione viene archiviata insieme all'originale del presente verbale, visto il verbale di accertamento della morte, redatto secondo le norme di legge in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ procedono sul cadavere di Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, deceduto presso l'UO di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_, (cross clamp effettuato alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_) al prelievo a scopo di trapianto terapeutico di

**CUORE** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CAUSA DI MANCATO PRELIEVO \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Cognome e Nome Stampatello	AO di provenienza	TEL e FAX	Ora prelievo	Firma

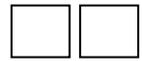
**POLMONE DX** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POLMONE SX** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CAUSA DI MANCATO PRELIEVO \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Cognome e Nome Stampatello	AO di provenienza	TEL e FAX	Ora prelievo	Firma



**FEGATO** \_\_\_\_\_

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

CAUSA DI MANCATO PRELIEVO \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Cognome e Nome Stampatello	AO di provenienza	TEL e FAX	Ora prelievo	Firma

**PANCREAS** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CAUSA DI MANCATO PRELIEVO \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Cognome e Nome Stampatello	AO di provenienza	TEL e FAX	Ora prelievo	Firma

**RENE DX** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RENE SIN** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CAUSA DI MANCATO PRELIEVO \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Cognome e Nome Stampatello	AO di provenienza	TEL e FAX	Ora prelievo	Firma



**INTESTINO** \_\_\_\_\_

CAUSA DI MANCATO PRELIEVO \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Cognome e Nome <i>Stampatello</i>	AO di provenienza	TEL e FAX	Ora prelievo	Firma

**CUTE** \_\_\_\_\_

CAUSA DI MANCATO PRELIEVO \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Cognome e Nome <i>Stampatello</i>	AO di provenienza	TEL e FAX	Ora prelievo	Firma



**ESPLORAZIONE DELLA CAVITA' TORACICA**

L'ispezione della cavità toracica (compresa l'esplorazione e la palpazione delle principali stazioni linfonodali profonde):

- Non ha evidenziato la presenza di lesioni sostitutive macroscopicamente apprezzabili
- Ha evidenziato i seguenti reperti:

---

---

---

Cognome e Nome del Chirurgo prelevatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ESPLORAZIONE DEL CAVO ADDOMINALE**

L'ispezione e la palpazione degli organi addominali (compresa l'esplorazione e la palpazione delle principali stazioni linfonodali profonde):

- Non ha evidenziato la presenza di lesioni sostitutive macroscopicamente apprezzabili.
- Ha evidenziato i seguenti reperti:

---

---

Cognome e Nome del Chirurgo prelevatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ESPLORAZIONE DEI RENI**

L'ispezione e la palpazione dei reni, previa apertura e rimozione della capsula dei Gerota e del grasso perirenale, ed ispezione della superficie convessa del rene sino al grasso ilare.

- Non ha evidenziato la presenza di lesioni sostitutive macroscopicamente apprezzabili.
- Ha evidenziato i seguenti reperti:

---

---

Cognome e Nome del Chirurgo prelevatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

L'originale del presente verbale rimane custodito nell'archivio della Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.