



Legenda Allegati:

- *Allegato 1: "Scheda per il censimento dei pazienti trapiantati all'estero"*
 - ✓ Deve essere compilata singolarmente in tutte le sue parti per OGNI paziente afferente al CRT di competenza.
 - ✓ Successivamente il CRT dovrà informare il CNT solo nel caso di decesso o di cambiamenti di status (reinserimento in lista o ritrapianto).
 - ✓ La *PARTE I "Anagrafica"* deve essere compilata per tutti i pazienti
 - ✓ La *PARTE II "Iscrizione in lista d'attesa/programma trapianto da vivente"* deve essere compilata solo per i pazienti che hanno chiesto di essere inseriti in lista d'attesa per trapianto da donatore cadavere o in un programma di trapianto da vivente presso un centro estero nel secondo semestre del 2008 e nel 2009 (dopo l'entrata in vigore del DM 31 marzo 2008).
 - ✓ La *PARTE III "Trapianti"* deve essere compilata per i pazienti già trapiantati (sia che i trapianti siano stati effettuati all'estero o in Italia).
 - ✓ La *PARTE IV "Proseguimento cure"* deve essere compilata per tutti i pazienti che si sono recati all'estero per follow up, complicanze o trattamenti post trapianto.

- *Allegato 2: "Riepilogo attività 2009"* deve contenere le informazioni riassuntive dell'attività 2009 effettuate da ogni CRT, suddivise per tipologia, organo e centro estero.

- *Allegato 3: "Scheda per la notifica al CNT delle autorizzazioni rilasciate"*
 - ✓ E' il modello già inviato dal CNT a tutti i CRT/CIR nell'Ottobre 2008 per la notifica delle autorizzazioni.
 - ✓ Dovrà essere inoltrato al CNT per qualunque tipo di autorizzazione, ogni qual volta il CRT rilascerà il proprio nulla osta al Distretto o richieda un parere tecnico al CNT.
 - ✓ Ad eccezione dei casi di richiesta di parere tecnico al CNT, non sarà necessario l'invio della documentazione clinica allegata.

- *Allegato 4: "Nominativi dei referenti al CRT per le autorizzazioni a prestazioni sanitarie all'estero in tema di trapianti"*. Dovrà essere indicato al CNT il nominativo/i del referente/i ufficiale al CRT per tali attività.



SCHEDA PER IL CENSIMENTO DEI PAZIENTI TRAPIANTATI ALL'ESTERO

PARTE I:	
Anagrafica	
Nome:	Cognome:
Luogo di nascita:	Data:
CF	
Regione di residenza:	Provincia:
ASL e Distretto:	
Cittadinanza:	
Data decesso:	Motivo:
Decesso per complicanze post trapianto (specificare):	

PARTE II	
Iscrizione in lista d'attesa all'estero/programma trapianto da vivente	
Centro estero:	Nazione:
Data inserimento in lista all'estero:	
Diagnosi:	
Organo:	
Precedente iscrizione in lista in Italia: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Durata:
Centro trapianti italiano presso cui il pz. è/era iscritto:	
Cancellazione liste italiane: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Data:
Previsto trapianto da donatore: <input type="checkbox"/> cadavere <input type="checkbox"/> vivente	
Se trapianto da vivente: <input type="checkbox"/> consanguinei <input type="checkbox"/> familiari o relati affettivamente <input type="checkbox"/> estranei	
Ritrapianto: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Richiesta parere del CNT: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Parere CNT: <input type="checkbox"/> favorevole <input type="checkbox"/> contrario	

PARTE III	
Trapianti	
I trapianto	
Data trapianto	Organo:
Trapianto da donatore: <input type="checkbox"/> cadavere <input type="checkbox"/> vivente	
Se da vivente, donatore: <input type="checkbox"/> consanguineo <input type="checkbox"/> familiare o relato affettivamente <input type="checkbox"/> estraneo	
Se estraneo, esiste il sospetto di "organ trafficking o transplant tourism"? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Specificare (es. paese a rischio, dichiarazioni del paziente, etc):	
Tipo di trapianto: <input type="checkbox"/> urgente <input type="checkbox"/> previa iscrizione in lista	
Durata attesa in lista estera:	
Nazione:	Città:
Centro trapianti:	
Patologia di base/indicazione al trapianto:	
Complicanze:	
Eventuali patologie concomitanti:	
II trapianto	
Data trapianto:	Organo:

Trapianto da donatore:	<input type="checkbox"/> cadavere	<input type="checkbox"/> vivente	
Se da vivente, donatore:	<input type="checkbox"/> consanguineo	<input type="checkbox"/> familiare o relato affettivamente	<input type="checkbox"/> estraneo
Se estraneo, esiste il sospetto di “ <i>organ trafficking o transplant tourism</i> ”?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Specificare (es. paese a rischio, dichiarazioni del paziente, etc):			
Tipo di trapianto:	<input type="checkbox"/> urgente	<input type="checkbox"/> previa iscrizione in lista	
Durata attesa in lista estera:			
Nazione :	Città:		
Centro trapianti:			
Patologia di base/indicazione al trapianto:			
Complicanze:			
Patologie concomitanti:			
III trapianto			
Data trapianto:	Organo:		
Trapianto da donatore:	<input type="checkbox"/> cadavere	<input type="checkbox"/> vivente	
Se da vivente, donatore:	<input type="checkbox"/> consanguineo	<input type="checkbox"/> familiare o relato affettivamente	<input type="checkbox"/> estraneo
Se estraneo, esiste il sospetto di “ <i>organ trafficking o transplant tourism</i> ”?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Specificare (es. paese a rischio, dichiarazioni del paziente, etc):			
Tipo di trapianto:	<input type="checkbox"/> urgente	<input type="checkbox"/> previa iscrizione in lista	
Durata attesa in lista estera:			
Nazione:	Città:		
Centro trapianti:			
Patologia di base/indicazione al trapianto:			
Complicanze:			
Patologie concomitanti:			

PARTE IV			
Proseguimento cure			
Centro trapianti estero presso cui è seguito il paziente:			
Nazione:		Città:	
Motivo per cui il pz si reca all'estero:			
<input type="checkbox"/> visita di controllo	<input type="checkbox"/> laboratorio	<input type="checkbox"/> esami strumentali	
<input type="checkbox"/> consulenze specialistiche	<input type="checkbox"/> invio campioni biologici	<input type="checkbox"/> terapie post tx	
Terapia (specificare farmaco, dosaggio e tipo di somministrazione):			
Frequenza dei controlli:			
<input type="checkbox"/> 3 controlli/anno	<input type="checkbox"/> visita annuale	<input type="checkbox"/> 12 controlli/anno	<input type="checkbox"/> 6 controlli/anno
<input type="checkbox"/> altro			
Se più di 1 controllo/ anno indicare le motivazioni:			
<input type="checkbox"/> complicanza (specificare):			
<input type="checkbox"/> urgenza(specificare):			
<input type="checkbox"/> primo anno post trapianto			
<input type="checkbox"/> altro (specificare):			
N° autorizzazioni richieste al CRT nel 2008:			
N° autorizzazioni negate dal CRT nel 2008 (specificare motivo):			
N° autorizzazioni richieste nel 2009:			
N° autorizzazioni negate dal CRT nel 2009 (specificare motivo):			
Autorizzazione per accompagnatore:			
<input type="checkbox"/> si		<input type="checkbox"/> no	
Motivo autorizzazione accompagnatore:			
<input type="checkbox"/> indennità accompagnamento	<input type="checkbox"/> minore	<input type="checkbox"/> urgenza	<input type="checkbox"/> complicanze
<input type="checkbox"/> altro (specificare):			
Centro trapianti italiano di riferimento per prosieguo cure e terapie :			



**RIEPILOGO ATTIVITA' 2009
(1 Gennaio- 31 Dicembre 2009)**

RICHIESTE PRESENTATE al CRT		
	Autorizzate	Non autorizzate
TOTALE		
Proseguimento cure		
Valutazioni pre inserimento in lista		
Nuovo inserimento in lista d'attesa		
Rinnovo permanenza in lista (6 mesi)		
Complicanze		
Urgenze		
Trapianto urgente		
Proseguimento cure		

TOTALE RICHIESTE PRESENTATE al CRT DISTINTE PER ORGANO	
Fegato	
Rene	
Rene-pancreas	
Cuore	
Cuore-polmone	
Polmone	
Intestino	
Altro (specificare)	
Altro (specificare)	

NUMERO DI AUTORIZZAZIONI PRESENTATE PER PAESE		
	Autorizzate	Non autorizzate
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Pazienti afferenti al CRT trapiantati all'estero al 31/12/2009	
di cui PEDIATRICI:	



**REFERENTI del CRT PER le AUTORIZZAZIONI
A PRESTAZIONI SANITARIE ALL'ESTERO in TEMA di TRAPIANTI**

Struttura:		
Referente medico, Dott.		
Tel.	Fax	E-mail
Referente amministrativo		
Tel.	Fax	E-mail: