



CENTRO INTERREGIONALE DI RIFERIMENTO

Dati per il trapianto di rene

ISCRIZIONE IN LISTA DI ATTESA

(Parte riservata al centro dialisi di provenienza)

Codice fiscale	(Allegare copia)	Codice Paziente	(Parte riservata al NITp)
Cognome (**)	Nome	Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato/a a	Prov.	il	
Comune di Residenza	CAP		
Via	Tel.		
Altra reperibilità	Tel.		
(** allegare copia documento d'identità)			

Gruppo sanguigno ABO	Rh	(allegare copia)
----------------------------	----------	------------------

Il/la Sottoscritto/a
 (Cognome e Nome)

è stato adeguatamente informato e autorizza il Centro Dialisi a trasmettere i dati contenuti in questa cartella al Centro Interregionale di Riferimento del NITp per l'immissione in lista d'attesa per il trapianto di rene. Acconsento alla conservazione dei miei campioni biologici e al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196 del 30.06.2003.

Centro di Provenienza

Centro Trapianto scelti : 1

2

Data/...../.....

Firma del paziente o del Tutore.....

Sede: **Dipartimento di Medicina rigenerativa U.O. di Immunologia dei Trapianti di Organi e Tessuti**

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Via F. Sforza 35 - 20122 Milano

Telefoni: 02.5503.4015-4006-4011-4003-4238-4237 Cellulare del Reperibile: 335.8004.230

Telefax: 02.5501.2573 (h 24,7/7) - 02.5503.4086 (lun.-ven. dalle 8.00 alle 17.00)

e-mail: info@nitp.org website: <http://www.nitp.org>





ANAMNESI

(Parte riservata al Centro Dialisi di provenienza)

.....

.....

.....

.....

ANAMNESI NEFROLOGICA E DIALITICA

Malattia renale primitiva

Tipo data inizio...../...../.....

Conferma istologica NO SI diuresi residua (ml/24h).....

Trattamento sostitutivo NO SI :

Tipo di dialisi : Emodialisi Dialisi peritoneale data di inizio/...../.....

Eventuali complicanze (negli ultimi 6 mesi) : NO SI (Quali)

Interventi chirurgici pregressi:

Nefrectomia NO SI data/...../.....

Note.....

.....

.....

ANAMNESI IMMUNOLOGICA

Vaccinazioni recenti (ultimo anno) quali

Gravidanze e/o aborti NO SI n°..... data dell'ultimo/...../.....

Trasfusioni NO SI n°..... data dell'ultima/...../.....

Precedenti trapianti NO SI n°..... data dell'ultimo/...../..... luogo(allegare HLA donatore)

Espianti NO SI n°..... data dell'ultimo/...../.....

Note.....

.....

.....

ESAME OBIETTIVO

Peso secco.....(Kg) Statura.....(cm) Pressione Arteriosa...../.....(mmHg)

Terapia

.....

.....

.....





DATI EMATOCHIMICI E STRUMENTALI RECENTI

- SGOT	.....U/L	HbsAg(*)	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Colesterolo	.....mg/dl
- SGPT	.....U/L	HbsAb	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Trigliceridi	.....mg/dl
- Bilirubina	.....mg/dl	HbcAg	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Calcemia	.....mg/dl
- Fosfatasi alcalina	.....U/L	HbcAb	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Fosforemia	.....mg/dl
- Ematocrito	.....%	HbeAg	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Paratormone	.....U/l
- Emoglobina	.....g/dl	HIV	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Proteinemia	.....g/dl
- Piastrine	.....x1000/microl	HCVAb	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Albumina%
- Leucociti	.....x1000/microl	HCV-RNA	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Alfa 1%
- Tempo di emorragia	.....min	Sierologia LUE	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Alfa 2%
- PSA (età>50 aa )	.....	anti – CMV IgG	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Beta%
		IgM	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Gammaglobuline%
		Anti – Toxo IgG	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Urinocoltura	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
		IgM	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Batteri	.....
		Anti EBV IgG	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Micobatteri	.....
		IgM	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Miceti	.....
		Anti VZV	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Espettorato x BK	.....
		(*) Se positivo:			in pazienti a rischio	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
		HBV – DNA	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Mantoux	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
		HbcAb IgM	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -		
		Anti Delta	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -		

	Reperti patologici	Data
Rx torace	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Rx addome	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Cistografia con pose minzionali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Visita ginecologica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
PAP Test	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Mammografia (< 40 aa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Ecografia addome	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Valutazione odontoiatrica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Rx arcate dentarie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Visita oculistica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Gastroduodenoscopia (ricerca HP)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
ECG	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Ecocardiogramma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Test da sforzo massimale (età> 45 aa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Ev. Scintigrafia miocardica al dipiridamolo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Coronarografia (se IMA, angina)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Doppler o arteriografia aorto – iliaca (età > 45 aa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Ecografia prostatica transrettale (età > 45 aa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Clisma opaco (età > 60 aa) o	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI/...../.....
Colonscopia		
Altri accertamenti:		

VALUTAZIONE CONCLUSIVA

Giudizio clinico sulle condizioni del paziente in dialisi	Ottimo 1 <input type="checkbox"/>	Buono 2 <input type="checkbox"/>	Sufficiente 3 <input type="checkbox"/>
.....			
.....			
.....			
.....			

Data/...../..... Firma del medico compilatore





Valutazione nefro-chirurgica (Parte riservata ai Centri Trapianto)

I° Centro Trapianto

VALUTAZIONE NEFROLOGICA

Giudizio clinico: IDONEO NON IDONEO TEMPORANEAMENTE. NON IDONEO DEFINITIVAMENTE

Note: indicare il motivo dell'eventuale inidoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

.....

.....

VALUTAZIONE CHIRURGICA

Giudizio clinico: IDONEO NON IDONEO TEMPORANEAMENTE. NON IDONEO DEFINITIVAMENTE

Note: indicare il motivo dell'eventuale inidoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

.....

.....

Il paziente è iscritto per il trapianto da: CADAVERE PREMTIVE VIVENTE DOPPIO RENE CUORE FERMO COMBINATO

Ha sottoscritto il consenso informato ai PROTOCOLLI NAZIONALI: HBsAg + HCV + RISCHIO CALCOLATO MENINGITE / BATTERIEMIA
 RISCHIO INFETTIVO NON VALUTABILE RISCHIO NEOPLASTICO ALTRO

.....

Data...../...../..... Firma del Paziente Firma del nefrologo

Firma del chirurgo

II° Centro Trapianto

VALUTAZIONE NEFROLOGICA

Giudizio clinico IDONEO NON IDONEO TEMPORANEAMENTE NON IDONEO DEFINITIVAMENTE

Note: indicare il motivo dell'eventuale inidoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

.....

.....

VALUTAZIONE CHIRURGICA

Giudizio clinico IDONEO NON IDONEO TEMPORANEAMENTE NON IDONEO DEFINITIVAMENTE

Note: indicare il motivo dell'eventuale inidoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

.....

.....

Il paziente è iscritto per il trapianto da: CADAVERE PREMTIVE VIVENTE DOPPIO RENE CUORE FERMO COMBINATO

Ha sottoscritto il consenso informato ai PROTOCOLLI NAZIONALI: HBsAg + HCV + RISCHIO CALCOLATO MENINGITE / BATTERIEMIA
 RISCHIO INFETTIVO NON VALUTABILE RISCHIO NEOPLASTICO ALTRO

.....

Data...../...../..... Firma del Paziente Firma del nefrologo

Firma del chirurgo

