

CENTRO TRASFUSIONALE E DI IMMUNOLOGIA DEI TRAPIANTI

Milano
via Francesco Sforza 35

Scheda sanitaria per il trapianto combinato di rene e pancreas (da allegare alla cartella di iscrizione al trapianto di rene)

PARTE 1 A. ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA

Codice paziente

PRESENTAZIONE DEL PAZIENTE (parte riservata al Centro di Provenienza)

Cognome..... Nome.....
Centro Trapianti..... Codice Centro.....

Il / la Sottoscritto/a
autorizza il Centro di provenienza a trasmettere i dati sottoelencati al Centro interregionale di Riferimento
per l'ammissione in lista d'attesa.

Si dichiara disposto/a a sottoporsi a trapianto di pancreas da cadavere.

Data/...../..... Firma

ANAMNESI DIABETOLOGICA

Data di insorgenza D.M.

Familiarità	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	.....
Autoanticorpi ICA	.....	
Autoanticorpi antinsulinici	.....	
Terapia attuale	.....	
Fabbisogno insulinico	.....	
Complicanze (*):			A P NO NN
Retinopatia	(1)	.....	.....
Nefropatia	(2)	.....	.....
Neuropatia Aut.	(3)	.....	.....
Neuropatia Perif.	(4)	.....	.....
Macroangiopatia		.....	.....

Note

A = dati adulti
B = dati pregressi
NO = anamnesi negativa
NN = non noto

(*) classificazione complicanze diabete:
(1) 1. Background; 2. Proliferante
(2) 1. I stadio; 2. II stadio; 3. III stadio; 4. IV stadio
(3) 1. Cardiovascolare; 2. Gastrointestinale; 3. Genitourinario
(4) 1. Mononeuropatia; 2. Polineuropatia

DATI EMATOCHIMICI E STRUMENTALI RECENTI

Glicemia basale..... HbA1c.....
Test da stimolo arginina o glucagone.....
Scintigrafia e/o coronarografia.....

A2. Valutazione Diabetologica (Parte riservata al Centro Trapianti)

Centro Trapianti Codice Centro.....

Giudizio clinico: Ottimo	[1]	Alto rischio per:	Età	[4]
Buono	[2]		Malattia cardiovascolare	[5]
(idoneo) Sufficiente	[3]		Disfunzione epatica	[6]
			Altro (quale).....	[7]

Non idoneo: Temporaneamente [T]

Definitivamente [N]

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

.....
.....

Posizione in lista d'attesa (dopo la valutazione)

- [1] Lista ordinaria
- [2] Sospeso: motivi clinici
- [10] Fuori lista: motivi vari

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

Firma del medico