

1 Indice

1	Indice	1
2	Strutture coinvolte	2
a)	Centro Regionale Trapianti (CRT)	2
b)	Strutture di Prelievo (SP).....	2
c)	Banca delle Cornee (BdC).....	2
d)	Strutture di Trapianto (ST)	2
3	Compiti delle strutture coinvolte	3
3.1	Compiti del Centro Regionale Trapianti	3
3.2	Compiti delle Strutture di Prelievo.....	3
3.3	Compiti della Banca delle Cornee.....	4
3.4	Compiti delle Strutture di Trapianto (ST)	5
4	Donatori	7
4.1	Donatore a cuore battente.....	7
4.2	Donatore a cuore fermo.....	7
5	Prelievo delle cornee	9
5.1	Procedura operativa.....	9
5.2	Utilizzo di tecniche alternative.....	9
6	Criteri di assegnazione delle cornee	10
6.1	Urgenze	10
6.2	Cornee per trapianto Perforante	10
6.3	Cornee per trapianto Lamellare Anteriore.....	11
6.4	Cornee per trapianto Lamellare Endoteliale.....	11
6.5	Cornee di sicurezza	11
6.6	Lenticoli per trapianto Lamellare Anteriore.....	11
6.7	Tessuti corneo-sclerali per chirurgia di rinforzo o ricostruttiva	11
6.8	Trapianto di cornee compatibili per HLA	11
7	Gestione lista d'attesa regionale	13
7.1	Elaborazione della lista di attesa regionale	13
7.2	Rifiuti personali del paziente	13
7.3	Sospensioni	13
7.4	Doppie iscrizioni	13
7.5	Pazienti idonei per innesto di lenticoli	13
8	Trasporto delle cornee	14
8.1	Modalità di conservazione e di trasporto delle cornee dopo il prelievo (4°C)	14
8.2	Modalità di conservazione e di trasporto delle cornee assegnate a 4°C.....	14
8.3	Modalità di conservazione e di trasporto delle cornee assegnate dopo coltura d'organo a 31°C.....	14
8.4	Modalità di trasporto e di conservazione di lenticoli disidratati	14
8.5	Modalità di trasporto e di conservazione dei tessuti corneo-sclerali conservati in alcool.....	15
8.6	Modalità di riconsegna dei tessuti alla Banca delle Cornee	15
9	Tariffazione dell'attività di prelievo di cornea	16
10	Schede, moduli e allegati.....	17
10.1	Elenco delle schede, dei moduli e degli allegati	17

2 Strutture coinvolte

a) Centro Regionale Trapianti (CRT)

Individuato presso il Servizio di Immunologia dei Trapianti dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino.

b) Strutture di Prelievo (SP)

Sono rappresentate da tutte le Strutture Sanitarie di Ricovero e Cura della Regione Piemonte. Viene definita tale la struttura che, nel rispetto dell'articolo 3 della Legge 301/93 e in accordo con le presenti linee guida, si occupa del prelievo dei tessuti oculari da donatore cadavere e del loro trasferimento alla Banca delle Cornee di riferimento.

I prelievi di cornea possono essere eseguiti su donatori deceduti presso la loro abitazione. La procedura da seguire è indicata alla sezione 4.2.2.

c) Banca delle Cornee (BdC)

Istituita con D.G.R. N°51-3035 del 21/05/01 e individuata presso il Servizio di Immunologia dei Trapianti dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino.

Indirizzo:

BANCA DELLE CORNEE
Servizio Immunologia dei Trapianti
Via Genova 3
Padiglione Giallo – 1° piano
lunedì – venerdì 9.00 – 16.00 dal 01/01/2011
10126 TORINO Tel.: 011 633 6519/4074 – Fax.: 011 633 4363/6529
email: bcornee@piemonte.airt.it
Direttore 335 1328099
Reperibile 335 1328330

d) Strutture di Trapianto (ST)

Sono rappresentate da tutte le Strutture Sanitarie di Ricovero e Cura della Regione Piemonte dotate di Reparti di Oculistica.

3 Compiti delle strutture coinvolte

3.1 Compiti del Centro Regionale Trapianti

- 3.1.1 Gestione della lista e del bioconservatorio dei pazienti tipizzati per gli antigeni HLA che necessitano di una cornea compatibile per HLA (segnalati dalle Strutture di Trapianto) e delle prove di compatibilità pre-trapianto.
- 3.1.2 Resoconto annuale: il CRT, sulla scorta delle informazioni ricevute in merito a ciascun prelievo e trapianto di cornea, redige un resoconto annuale su tale attività.

3.2 Compiti delle Strutture di Prelievo

3.2.1 Valutazione della idoneità del donatore e dell'assenza di criteri di esclusione dalla donazione, sulla base delle indagini anamnestiche e dell'ispezione fisica, tenendo conto delle indicazioni riportate nella scheda per la valutazione di idoneità del donatore di cornee secondo quanto previsto dalle Linee Guida per il prelievo, la conservazione e l'utilizzo di tessuti oculari a scopo di trapianto emesse dal Centro Nazionale Trapianti (scheda Co 10.7/2011), da medici e infermieri formati a livello locale, regionale e nazionale. La raccolta anamnestica viene documentata utilizzando il Modulo ANAMNESI PO01 ALL01.

L'esame obiettivo viene documentato utilizzando il Modulo ESAME OBIETTIVO PO01 ALL02

3.2.2 Richiesta ai familiari di assenso al prelievo delle cornee e compilazione del relativo modulo (scheda Co 05.7/2011), come prescritto dalla legge 301/93, art. 1.

3.2.3 Identificazione del donatore

a) In assenza di opposizione da parte dei familiari aventi diritto, l'infermiere del reparto appone sulla salma un braccialetto identificativo, riportante:

- cognome e nome del donatore
- data di nascita del donatore
- reparto di provenienza del donatore
- numero di matricola e firma dell'infermiere che appone il braccialetto

b) per i donatori a cuore fermo di sole cornee compila il modulo PO01 ALL09

c) per i donatori a cuore fermo e a cuore battente anche di altri tessuti, si rimanda al Protocollo Operativo Prelievo Multitessuto Regione Piemonte

3.2.4 Prelievo di campione di sangue ed invio al proprio Laboratorio per l'esecuzione degli esami richiesti:

- anticorpi anti-HIV 1 e 2
- antigene di superficie del virus dell'epatite B (HBsAg)
- anticorpi anti antigene core del virus dell'epatite B (HBcAb)
- anticorpi anti-HCV
- test per la lue (TPHA, anticorpi anti-Treponema)

E' inoltre necessaria la determinazione degli anticorpi anti-HTLV I e II esclusivamente per i donatori che vivono o sono originari delle aree in cui questi virus sono endemici o con partner sessuali che vivono o sono originari delle stesse aree.

Le determinazioni sierologiche sui campioni di siero prelevati nel fine settimana possono essere eseguite il lunedì mattina successivo.

- 3.2.5 Prelievo dei tessuti oculari, secondo quanto previsto dalle Linee Guida per il prelievo, la conservazione e l'utilizzo di tessuti oculari a scopo di trapianto emesse dal Centro Nazionale Trapianti e dal presente protocollo
- 3.2.6 Prelievo di una provetta 7 mL con EDTA da inviare alla Banca delle Cornee (insieme alle cornee) per la successiva conservazione presso il bioconservatorio regionale del Centro Regionale di Riferimento.
- 3.2.7 Invio, tramite fax, degli esiti degli esami di Laboratorio alla Banca delle Cornee.
- 3.2.8 Invio delle cornee prelevate e del prelievo ematico per il bioconservatorio regionale alla Banca delle Cornee, con allegata la documentazione completa, così composta:
- scheda di segnalazione del prelievo delle cornee Co 03.7/2008
 - modulo per l'autorizzazione al prelievo delle cornee Co 05.7/2011
 - modulo anamnesi (PO01 ALL01)
 - modulo esame obiettivo (PO01 ALL02)
 - modulo di identificazione del donatore (PO01 ALL09 o ALL03 ALL08)
 - modulo per il calcolo della emodiluizione PO01ALL05
 - foglio di accompagnamento della cornea Co 06.7/2008 (uno per ogni cornea prelevata).
 - foglio di trasporto delle cornee Co 20.7/2008
 - accertamento della morte ai sensi della Legge 29 dicembre 1993 n. 578 o del Decreto Ministero della Salute 11 aprile 2008.

3.3 Compiti della Banca delle Cornee

- 3.3.1 Valutazione dell'idoneità del donatore e del tessuto. Ogni cornea prelevata viene inviata dalla Struttura di Prelievo alla Banca delle Cornee nel contenitore con il liquido di conservazione a 4°C (range 2-10°C). Il tessuto è sottoposto ad esame con microscopio ottico mediante colorazione vitale per definirne l'idoneità, secondo i criteri elencati nella scheda Co 17.7/2006. L'idoneità al trapianto del tessuto esaminato è comunque subordinata alla valutazione dei risultati delle indagini sierologiche e dell'idoneità del donatore da parte della Banca delle Cornee, in accordo con quanto previsto dalle Linee Guida per il prelievo, la conservazione e l'utilizzo di tessuti oculari a scopo di trapianto emesse dal Centro Nazionale Trapianti.
- 3.3.2 Gestione della lista d'attesa regionale, elaborata in funzione delle schede di iscrizione ricevute da ciascuna Struttura di Trapianto. Nella lista regionale i pazienti sono ordinati in una graduatoria, in base ai parametri specificati alla sezione 6 "Criteri di assegnazione delle cornee".
- 3.3.3 Gestione della lista dei pazienti in urgenza (segnalati dalle Strutture di Trapianto).
- 3.3.4 Gestione del registro dei trapianti di cornea eseguiti.
- 3.3.5 Gestione del bioconservatorio dei donatori.
- 3.3.6 Valutazione dei risultati: le Strutture di Trapianto inviano al CRT, ad intervalli regolari e attraverso gli appositi moduli, i dati relativi a ogni paziente trapiantato oltre che la segnalazione degli insuccessi di trapianto, necessari per la valutazione del follow-up.

- 3.3.7 Assegnazione e distribuzione delle cornee. Le cornee idonee possono essere conservate alla temperatura di 4°C (+2/+10° C) ed essere utilizzate entro un massimo di 7 giorni dal prelievo, oppure essere poste in coltura a 31°C, consentendo un periodo più lungo di conservazione.
- 3.3.8 Programmazione degli interventi, concordata tra la Banca delle Cornee e la Struttura di Trapianto, funzionalmente alle cornee disponibili su base regionale.
- 3.3.9 Gestione delle segnalazioni di reazioni o eventi avversi.
- 3.3.10 Distribuzione dei documenti: in sede di riunione annuale con le Direzioni Sanitarie e le Oculistiche delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta viene distribuita l'edizione aggiornata di questo protocollo e delle schede aggiornate da utilizzarsi. In caso si rendano necessarie modifiche urgenti della documentazione, queste saranno distribuite via mail o fax o posta ordinaria, alle Direzioni Sanitarie, alle Oculistiche e ai Coordinatori Locali delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta, con la verifica da parte della banca dell'effettiva ricezione. I documenti sempre aggiornati sono disponibili sul sito web del CRT: www.piemonte.airt.it.
- 3.3.11 Valutazione dei compiti svolti dalle Strutture di Prelievo:
- completezza del procurement (documentazione completa e corretta, esecuzione degli esami sierologici, presenza del materiale biologico del donatore);
 - correttezza del prelievo delle cornee e invio della lettera di comunicazione prelievo al prelevatore e al dirigente della Struttura alla quale afferisce il prelevatore.

3.4 Compiti delle Strutture di Trapianto (ST)

- 3.4.1 Compilazione ed invio della scheda di iscrizione alla lista di attesa per trapianto di cornea per ciascun paziente alla Banca delle Cornee (Scheda Co 1.7.7/2011). Affinché il paziente venga inserito dalla Banca delle Cornee nella graduatoria regionale, è necessario che sulla scheda di iscrizione vengano sempre specificati: quale occhio necessita di trapianto, il tipo di intervento, la data di iscrizione del paziente alla lista d'attesa, il visus residuo per ciascun occhio e il conseguente danno percentuale calcolato in base all'apposita tabella INAIL (scheda Co 15.7/2006). Nel caso di pazienti per i quali risulta difficile valutare il visus residuo (ad esempio i pazienti Down), verrà riportato, a cura del medico che iscrive il paziente, il visus "stimato" e il conseguente danno percentuale.
- 3.4.2 Compilazione ed invio della scheda di richiesta di lenticolo (Scheda Co 1.7.7/2011).
- 3.4.3 Compilazione ed invio della scheda di richiesta di tessuto corneo-sclerale conservato in etanolo (Scheda Co 13.7/2008).
- 3.4.4 Identificazione dei pazienti con situazioni di urgenza e comunicazione degli stessi alla Banca delle Cornee ((Scheda Co 2.7/2011). I criteri di urgenza sono descritti alla sezione 6: "Criteri di assegnazione delle cornee".
- 3.4.5 Identificazione dei pazienti con necessità di cornee compatibili per HLA e per gruppo sanguigno; comunicazione degli stessi al CRT. Gestione dell'invio periodico dei sieri per le prove crociate pre-trapianto.
- 3.4.6 Programmazione degli interventi. La Struttura di Trapianto trasmette con preavviso di almeno 15 giorni fax – con conferma telefonica di ricezione - alla Banca delle Cornee la richiesta di programmazione degli interventi che intende effettuare, utilizzando la scheda Co22.7/2011.

- 3.4.7 Trapianto dei tessuti oculari.
- 3.4.8 Verifica della lista d'attesa regionale che viene inviata con cadenza settimanale via fax dalla Banca delle Cornee a tutte le Strutture di Trapianto.
- 3.4.9 Comunicazione alla Banca delle Cornee dell'avvenuto trapianto (Schede Co 04.7/2007 e 14.7/2007) e invio delle schede di follow-up (Schede Co 7.7/2009, 8.7/2007, 9.7.1/2007, 9.7.2./2007) relative alle visite di controllo programmate.
- 3.4.10 Segnalazione alla Banca delle Cornee di reazioni o eventi avversi (scheda Co 16.7/2006).

4 Donatori

4.1 Donatore a cuore battente

Viene gestito dal CRT. Nel caso di donatori multiorgano è il CRT a coordinare, insieme alla rianimazione sede della segnalazione, l'esecuzione del prelievo di cornee. Durante una donazione multiorgano vengono eseguiti da protocollo gli esami di laboratorio necessari ed è la rianimazione a contattare il medico prelevatore delle cornee per l'esecuzione dei prelievi.

Si ricorda l'obbligo di ottenere e far firmare lo specifico modulo di assenso al prelievo di cornee (modulo Co 05.7/2011, ai sensi dell'art. 1 della Legge del 12 agosto 1993 n. 301 e dell'art. 23 della legge del 1 aprile 1999 n. 91).

4.2 Donatore a cuore fermo

Il medico che accerta il decesso e si accerta dell'assenza di criteri di esclusione alla donazione, sulla base dell'indagine anamnestica e dell'ispezione fisica, ha il compito di:

- a) valutare l'idoneità del soggetto deceduto a donare le cornee:
età da 5 a 75 anni compresi; approfondita anamnesi con i familiari e/o con il medico curante, il medico di base o altra fonte attendibile ed esauriente; controllo della cartella clinica per poter analizzare la storia medica e sociale e lo stato clinico del donatore per escludere situazioni e comportamenti a rischio e/o controindicazioni assolute; ispezione fisica del corpo del soggetto deceduto (vedi scheda Co 10.7/2011);
- b) richiedere l'assenso firmato dagli aventi diritto (Scheda Co 05.7/2011);
- c) richiedere gli esami sierologici come indicato dalle linee guida per i tessuti oculari (anticorpi anti-HIV 1 e 2, antigene di superficie del virus dell'epatite B (HBsAg), anticorpi anti antigene core del virus dell'epatite B (HBcAb), anticorpi anti-HCV, test per la lue (TPHA, anticorpi anti-Treponema, anticorpi anti HTLV I e II per i donatori che vivono o sono originari delle aree in cui questi virus sono endemici o con partner sessuali che vivono o sono originari delle stesse aree) che devono risultare negativi. Se la determinazione degli anticorpi anti antigene c dell'epatite B (HBcAb) risulta positiva, per l'utilizzo delle cornee è necessario eseguire la ricerca di HBV DNA con metodologia biomolecolare. Questa indagine verrà eseguita a cura della Banca delle Cornee. Se questa ricerca risulta essere negativa le cornee possono essere utilizzate per il trapianto; se risulta positiva le cornee non sono idonee per il trapianto;
- d) se viene richiesta l'autopsia, questa deve essere eseguita entro il più breve tempo possibile, e i risultati comunicati alla Banca delle Cornee non appena disponibili. In assenza di referto di riscontro, può essere sufficiente una relazione che indichi la causa di morte, sulla base dell'esame macroscopico.

4.2.1 Deceduto in ospedale

1. La morte viene accertata, secondo la Legge 301 del 12/8/1993, dal medico della struttura di ricovero del potenziale donatore, che dovrà anche curare il prelievo di sangue per gli esami sierologici e per il bioconservatorio regionale, qualora non ancora eseguiti.
2. Il prelievo di cornee viene eseguito da un oculista o da personale medico con formazione attestata ai sensi delle Linee Guida del Centro Nazionale Trapianti in vigore.
3. Il prelievo può essere effettuato in un luogo idoneo all'interno del reparto o presso l'obitorio o presso le camere mortuarie, dove eventualmente possono essere eseguiti anche i prelievi per gli esami sierologici e per il bioconservatorio regionale.
4. E' auspicabile che il prelievo delle cornee venga eseguito il più presto possibile dopo il decesso: l'intervallo morte-prelievo dovrebbe essere inferiore a 8 ore. Per motivi organizzativi, si può arrivare al limite temporale consentito dalle Linee Guida del Centro Nazionale Trapianti in vigore: 24 ore dal decesso. La testa del donatore va tenuta sollevata sia prima del prelievo sia per le ore successive, per prevenire il sanguinamento. Gli occhi del donatore devono essere

sempre e comunque mantenuti chiusi e coperti con una garza inumidita con soluzione fisiologica sterile fresca sopra le palpebre fino al momento del prelievo.

5. Il prelevatore deve effettuare un ispezione dell'area sottoposta a prelievo dopo almeno 20 minuti dal termine dello stesso.
6. E' opportuno non ammettere i parenti al cospetto della salma del donatore prima di 1 ora dal termine del prelievo di cornee. Di questo i parenti stessi devono essere informati precedentemente al prelievo. Prima di ammettere i parenti, il personale che ha in carico la salma del donatore deve ispezionarla per escludere eventi avversi conseguenti al prelievo.
7. Nel caso si presentino eventi avversi conseguenti al prelievo, il personale coinvolto nella donazione e prelievo deve avvisare immediatamente dell'evento avverso:
 - il medico che ha effettuato il prelievo, che deve porre in atto tutte le misure e gli interventi idonei a risolvere l'evento avverso;
 - il Coordinatore Ospedaliero;
 - il reperibile della Direzione Sanitaria di Presidio;
 - la Banca delle Cornee (335 1328330).
 - la gestione della comunicazione con i parenti in caso di eventi avversi è di competenza del Coordinatore Ospedaliero.
8. Gli esami sierologici vengono eseguiti presso il Laboratorio dell'Ospedale sede del prelievo.

4.2.2 Deceduto a casa

Qualora si riceva la richiesta di donazione delle cornee da parte dei familiari aventi diritto di un soggetto deceduto presso la sua abitazione, si invita ad allertare telefonicamente il CRT, che provvederà ad avvisare il Coordinamento Regionale per i Prelievi e le Donazioni per lo svolgimento delle attività necessarie, di seguito elencate in sinteticamente:

- a) La morte viene accertata dal medico chiamato a casa del potenziale donatore, previa esecuzione dell'ECG continuo per almeno 20 minuti.
- b) Il medico che accerta la morte deve eseguire un prelievo di sangue per gli esami sierologici e di una provetta 7 mL con EDTA per il bioconservatorio regionale (senza il quale non sarà possibile procedere all'utilizzo delle cornee).
- c) Il prelievo delle cornee viene eseguito da un oculista o da un medico formato.
- d) Il prelievo di sangue e le cornee vengono inviate alla Banca delle Cornee che eseguirà l'esame della cornea, gli esami sierologici ed informerà il CRT dell'avvenuto prelievo.

5 Prelievo delle cornee

5.1 Procedura operativa

5.1.1 Identificazione del donatore:

- a) donatore a cuore fermo di sole cornee: il prelevatore completa l'identificazione del donatore compilando nella sezione di propria competenza il modulo PO01 ALL09;
- b) donatore a cuore fermo di tessuti: il prelevatore completa l'identificazione del donatore compilando nella sezione di propria competenza il modulo PO01 ALL03;
- c) donatore a cuore battente di organi e tessuti: il prelevatore verifica la presenza e la corretta compilazione del modulo PO01ALL08. Copia del modulo di identificazione deve essere inserita nella documentazione del donatore.

5.1.2 Esame del tessuto *in situ*, eseguito con l'ausilio di una luce focalizzata. Deve essere particolarmente accurato ed eseguito dopo aver irrorato abbondantemente la cornea con tampone fosfato fisiologico (PBS) o con una soluzione a osmolarità fisiologica contenente antibiotico. Se l'epitelio si presenta malacico o edematoso è preferibile rimuoverlo delicatamente. Verificare macroscopicamente lo stato di conservazione della cornea, la sua trasparenza, l'assenza di evidenti infezioni del bulbo oculare e di formazioni di sospetta natura maligna. Se il tessuto viene ritenuto macroscopicamente idoneo, si procede al prelievo della cornea.

5.1.3 Prelievo delle cornee secondo la tecnica dell'istruzione allegata al presente protocollo (Scheda Co 18.7/2006).

5.1.4 Identificazione immediata del contenitore delle cornee con il nome del donatore e l'occhio di provenienza della cornea (destro o sinistro).

5.1.5 Trasporto: i contenitori con le cornee vanno posti in apposite scatole di polistirolo, nelle quali va inserita anche una cartuccia refrigerante, evitando che possa venire a contatto con i contenitori delle cornee durante il trasporto. Prima dell'invio verificare che le cornee siano ben immerse nel liquido di conservazione. L'invio alla Banca delle Cornee deve avvenire con consegna dalle ore 9.00 e le ore 16.00. Vedi anche sez. 8, punto 8.1.

5.2 Utilizzo di tecniche alternative

E' consentito l'utilizzo di tecniche alternative, purché garantiscano un risultato qualitativo del prelievo pari a quello ottenibile con la tecnica indicata nella sezione 5.1 del presente protocollo. La descrizione della tecnica utilizzata deve essere comunicata alla Banca delle Cornee.

6 Criteri di assegnazione delle cornee

6.1 Urgenze

I casi di urgenza clinica di trapianto di cornea vengono segnalati, tramite l'apposita scheda (Co 02.7/2011) dalla Struttura di Trapianto alla Banca delle Cornee.

L'urgenza può essere: assoluta o relativa.

Urgenza assoluta: “perforazione in atto”

In caso di **urgenza assoluta**: viene offerta la prima cornea disponibile che meglio risponde all'abbinamento donatore-paziente entro il termine del primo giorno feriale successivo alla richiesta.

Urgenza relativa (in ordine di priorità):

1. **“perforazione imminente”**
2. **“dolore”**
3. **“scompenso precoce del lembo”**(inteso come scompenso entro 30 giorni dal trapianto)

In caso di **urgenza relativa** viene offerta la prima cornea disponibile che meglio risponde all'abbinamento donatore-paziente entro i 15 giorni successivi alla richiesta.

Nel caso di più urgenze segnalate in Regione, queste vengono soddisfatte in base alla data di arrivo della segnalazione alla Banca delle Cornee e alla situazione clinica del paziente (in ordine alle priorità 1, 2, 3).

La Struttura di Trapianto a cui viene offerta una cornea per un paziente urgente è tenuta a rispondere all'offerta entro un tempo massimo di 6 ore.

6.2 Cornee per trapianto Perforante

6.2.1. Assegnazione per interventi programmati

La programmazione degli interventi deve essere concordata tra la Banca delle Cornee e la Struttura di Trapianto, funzionalmente alle cornee disponibili su base regionale. La Struttura di Trapianto trasmette con preavviso di almeno 15 giorni via fax – con conferma telefonica di ricezione - alla Banca delle Cornee la richiesta di programmazione degli interventi che intende effettuare, utilizzando la scheda Co22.7/2011. La richiesta di programmazione deve rispettare la Graduatoria Regionale all'interno della Lista di Attesa della Struttura di Trapianto, fatte salve necessità cliniche, che devono essere indicate.

La Banca delle Cornee provvede a registrare le richieste di programmazione, e comunica alla Struttura di Trapianto 3 giorni prima dell'intervento programmato la disponibilità della cornea e la data per il ritiro.

6.2.2. Assegnazione per interventi non programmati

La Banca delle Cornee elabora una lista per la scelta del ricevente (assegnazione), con il software gestionale dedicato, sulla base di:

- **Graduatoria regionale:** viene ottenuta tenendo conto di due criteri: l'entità del visus residuo (cui viene assegnato un peso al pari al 50%) e l'anzianità di lista (peso pari al 50%), come ulteriormente descritto al punto 7.1.
- **Età del donatore:** il software assegna le cornee tenendo conto dell'età del ricevente, in base alle seguenti indicazioni:
 - le cornee provenienti da donatore di età non superiore a 35 anni vengono preferibilmente proposte per pazienti di età non superiore a 30 anni, salvo quanto definito nel paragrafo successivo;

- le cornee provenienti da donatore di età superiore a 35 anni vengono preferibilmente proposte per pazienti di età pari a quella del donatore ± 15 anni, salvo quanto definito nel paragrafo successivo.

La lista definitiva per la scelta del ricevente (assegnazione), da utilizzarsi per l'assegnazione della cornea, sarà subordinata alla valutazione da parte della Banca delle Cornee delle caratteristiche del tessuto, in ordine alla sua idoneità all'innesto sui pazienti selezionati.

Le cornee vengono assegnate in funzione della Graduatoria Regionale, e proposte alla Struttura di Trapianto sede di iscrizione del primo paziente idoneo in Lista di Attesa.

I pazienti che rifiutino l'innesto per due volte perderanno l'anzianità di lista acquisita (vedi 7.2).

6.3 Cornee per trapianto Lamellare Anteriore

Vengono assegnate secondo le stesse modalità di cui alla Sez. 6.2, escludendo l'applicazione della sezione Età del donatore.

Per ogni assegnazione di una o più cornee per trapianto lamellare anteriore ad una struttura di trapianto verrà assegnata (se richiesta dal chirurgo) anche una cornea di riserva da utilizzarsi in caso di perforazione durante l'intervento di trapianto lamellare

6.4 Cornee per trapianto Lamellare Endoteliale

Vengono assegnate secondo le stesse modalità di cui alla Sez. 6.2.

6.5 Cornee di sicurezza

Le cornee di sicurezza, da utilizzarsi in caso di perforazione durante l'intervento di trapianto lamellare, se non utilizzate per questa eventualità, vengono innestate secondo l'assegnazione fornita dalla Banca delle Cornee congiuntamente alla cornea, secondo le stesse modalità di cui alla sezione 6.2.

6.6 Lenticoli per trapianto Lamellare Anteriore

Vengono distribuiti sulla base della richiesta effettuata dalle Strutture di Trapianto.

Per ogni assegnazione di uno o più lenticoli per trapianto lamellare anteriore ad una struttura di trapianto verrà assegnata (se richiesta dal chirurgo) anche una cornea di riserva, da utilizzarsi in caso di perforazione durante l'intervento di trapianto lamellare.

6.7 Tessuti corneo-sclerali per chirurgia di rinforzo o ricostruttiva

Vengono distribuiti sulla base della richiesta effettuata dalle Strutture di Trapianto.

6.8 Trapianto di cornee compatibili per HLA

Le Strutture di trapianto possono richiedere, per pazienti che ne hanno l'indicazione, l'inserimento in lista d'attesa per un trapianto con cornea compatibile per emogruppo e HLA.

In tal caso, devono concordare con il CRT le modalità per la tipizzazione del paziente e devono inviare ogni tre mesi al CRT, un campione di siero del paziente in modo che sia disponibile al momento delle prove crociate pre-trapianto. Se non è presente un siero dei tre mesi precedenti, qualora si presenti una donazione compatibile, il paziente può non essere inserito nelle prove crociate pre-trapianto (a discrezione della valutazione del reperibile dell'Immunologia dei Trapianti).

Le cornee che provengono da donatori tipizzati per HLA ed AB0 possono essere destinate, da parte del CRT, secondo criteri di compatibilità HLA (almeno una compatibilità al locus DR e una ai loci A o B), assenza di incompatibilità già presentate in precedenti trapianti e previa negatività

delle prove crociate pre-trapianto (secondo lo standard del CRT), ai pazienti in attesa di cornea istocompatibile (subordinatamente alla valutazione da parte della Banca delle Cornee delle caratteristiche del tessuto, in ordine alla sua idoneità all'innesto sui pazienti selezionati) secondo le seguenti indicazioni:

se il donatore è di età > 30 anni: vengono assegnate preferibilmente a pazienti di età > 40 anni, in attesa di cornea compatibile per HLA

se il donatore è di età ≤ 30 anni: vengono assegnate preferibilmente a pazienti di età ≤ a 40 anni, in attesa di cornea compatibile per HLA

E' attivo un programma dell'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT) per il trapianto di cornee HLA compatibili nell'ambito delle regioni afferenti a questa organizzazione. L'applicazione di questo programma apporta una modifica ai criteri sopra elencati. Si rimanda al sito web www.airt.it per le modalità di assegnazione specifiche.

7 Gestione lista d'attesa regionale

7.1 Elaborazione della lista di attesa regionale

La Lista di Attesa Regionale viene ottenuta mediante elaborazione eseguita con un software apposito tenendo conto di due criteri: l'entità del visus residuo (cui viene assegnato un peso al pari al 50%) e l'anzianità di lista (peso pari al 50%).

La gestione e l'elaborazione della lista d'attesa regionale sono a cura della Banca delle Cornee.

7.2 Rifiuti personali del paziente

Il paziente, chiamato a ricevere il trapianto, che rifiuta per due volte consecutive l'intervento per motivi personali, perde la sua anzianità di lista. In questo caso la data di iscrizione del paziente in lista viene considerata quella del giorno seguente il secondo rifiuto.

Non vengono penalizzati i pazienti che non accedono al trapianto per motivi di ordine non personale (situazione clinica, impossibilità oggettiva a raggiungere la Struttura di Trapianto e situazioni simili).

Su precisa richiesta scritta del Responsabile della Struttura di Trapianto, il paziente che rifiuta l'intervento per motivi personali può essere eliminato o sospeso dalla lista d'attesa.

7.3 Sospensioni

I pazienti, su richiesta della Struttura di Trapianto, possono essere temporaneamente sospesi dalla Lista d'attesa.

7.4 Doppie iscrizioni

Nel caso di pazienti iscritti in più Strutture di Trapianto della Regione, il danno percentuale può essere aggiornato, dopo aver contattato le Strutture, tenendo conto di quello calcolato nella seconda Struttura di Trapianto di iscrizione - in quanto più recente - mentre vengono mantenute le anzianità di lista maturate nelle varie Strutture di Trapianto.

7.5 Pazienti idonei per innesto di lenticoli

Nel caso in cui il paziente sia idoneo all'innesto di un lenticolo, la Struttura di Trapianto invierà la richiesta di lenticolo al CRT. La Banca delle Cornee concorderà con la Struttura di Trapianto i tempi per la distribuzione del lenticolo.

8 Trasporto delle cornee

Il trasporto della cornea dalla Struttura di Prelievo alla Banca delle Cornee è a carico della Struttura di Prelievo.

Il trasporto della cornea dalla Banca delle Cornee alla Struttura di Trapianto è a carico della Struttura di Trapianto.

8.1 Modalità di conservazione e di trasporto delle cornee dopo il prelievo (4°C)

Dopo il prelievo, le cornee nel liquido di conservazione devono essere conservate e trasportate a 4°C (2-10°C). Il trasporto delle cornee deve essere organizzato in scatole di polistirolo (o in contenitori isotermitici che garantiscano una temperatura costante al loro interno), contenenti una cartuccia refrigerante per il mantenimento della temperatura (a richiesta forniti dalla Banca delle Cornee). Le bottigliette di liquido di conservazione contenenti le cornee, mantenute ferme all'interno della scatola, non devono essere a contatto con la cartuccia refrigerante: frappe spugne di gommapiuma, carta, cartone o isolanti con caratteristiche simili. Nello stesso modo va inserita e conservata la provetta 7 mL con EDTA.

Le cornee vanno recapitate (entro 96 ore dal prelievo, conservate come sopra indicato) alla Banca delle Cornee dalle ore 9.00 alle ore 16.00 dal lunedì al venerdì.

La permanenza nelle scatole di trasporto non deve superare le 12 ore dalla partenza.

8.2 Modalità di conservazione e di trasporto delle cornee assegnate a 4°C

Le cornee nel liquido di conservazione devono essere conservate e trasportate a 4°C (2-10°C). Il trasporto delle cornee è organizzato in scatole di polistirolo (o in contenitori isotermitici che garantiscano una temperatura costante al loro interno), contenenti una cartuccia refrigerante per il mantenimento della temperatura (forniti dalla Banca delle Cornee). Le bottigliette di terreno contenenti le cornee, mantenute ferme all'interno della scatola, non devono essere a contatto con la cartuccia refrigerante: viene frapposta carta, cartone o isolanti con caratteristiche simili.

La permanenza nelle scatole di trasporto non deve superare le 12 ore dalla partenza.

8.3 Modalità di conservazione e di trasporto delle cornee assegnate dopo coltura d'organo a 31°C

Dopo la seconda valutazione al microscopio ottico, le cornee vengono trasferite nel terreno di trasporto e mantenute nella Banca delle Cornee a 31°C fino al momento dell'assegnazione.

Il trasporto delle cornee assegnate dopo coltura d'organo deve avvenire a temperatura ambiente, ed è organizzato normalmente in scatole di polistirolo che garantiscano al loro interno il mantenimento di una temperatura costante.

La permanenza nelle scatole di trasporto non deve superare le 12 ore dalla partenza.

Le cornee devono essere mantenute a temperatura ambiente fino al momento dell'intervento.

La Banca delle Cornee fornisce il materiale già pronto per il trasporto.

8.4 Modalità di trasporto e di conservazione di lenticoli disidratati

Il trasporto dei lenticoli deve avvenire a temperatura ambiente, ed è organizzato normalmente in scatole di polistirolo che garantiscano al loro interno il mantenimento di una temperatura costante.

La permanenza nelle scatole di trasporto non deve superare le 12 ore dalla partenza.

I lenticoli disidratati devono essere mantenuti a temperatura ambiente fino al momento dell'intervento.

La Banca delle Cornee fornisce il materiale già pronto per il trasporto.

8.5 Modalità di trasporto e di conservazione dei tessuti corneo-sclerali

conservati in alcool

Il trasporto dei tessuti corneo-sclerali conservati in alcool deve avvenire a temperatura ambiente, ed è organizzato normalmente in scatole di polistirolo che garantiscano al loro interno il mantenimento di una temperatura costante.

La permanenza nelle scatole di trasporto non deve superare le 12 ore dalla partenza.

I tessuti corneo-sclerali conservati in alcool devono essere mantenuti a temperatura ambiente fino al momento dell'intervento.

La Banca delle Cornee fornisce il materiale già pronto per il trasporto.

8.6. Modalità di riconsegna dei tessuti alla Banca delle Cornee

In caso di non utilizzo dei tessuti distribuiti per trapianto, la Struttura di Trapianto avverte immediatamente la Banca delle Cornee e provvede - secondo le indicazioni della Banca delle Cornee - a riconsegnarli alla Banca delle Cornee oppure a consegnarla ad altra Struttura di Trapianto.

La cornea andrà conservata e trasportata secondo le indicazioni dei precedenti punti 8.2, 8.3, 8.4 e 8.5.

9 Tariffazione dell'attività di prelievo di cornea

La delibera regionale D.G.R. n° 45-2083 del 30/01/2006 stabilisce le tariffe attualmente in vigore per il prelievo e la distribuzione dei tessuti oculari.

Tale tariffa è al momento attuale la seguente:

- Euro 175,00 per ogni cornea prelevata, di cui Euro 50,00 per il procurement e Euro 125,00 per il prelievo;
- Euro 1.050,00 per ogni cornea distribuita dalla Banca;
- Euro 550,00 per ogni lenticolo per cheratoplastica lamellare distribuito dalla Banca;
- Euro 263,00 per ogni tessuto corneo-sclerale conservato in alcool.

Il rimborso all'Azienda Sanitaria sede del prelievo della tariffa suddetta avviene, mediante fatturazione, da parte dell'Azienda Sanitaria sede del prelievo all'azienda di appartenenza della Banca delle Cornee (A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino), allegando il riepilogo mensile inviato dalla Banca delle Cornee.

Si precisa che le Aziende Sanitarie sede di prelievo che utilizzano equipe di prelievo appartenenti ad un'altra azienda dovranno riconoscere a quest'ultima la quota prevista per il prelievo (Euro 125,00).

Il rimborso all'azienda sede di prelievo si intende da eseguirsi nel caso in cui non vengano rilevate da parte della Banca delle Cornee:

- incompletezze del procurement per documentazione, determinazioni sierologiche, mancanza del materiale biologico del donatore (in questo caso verrà corrisposta la sola quota del prelievo, Euro 125,00).
- prelievo delle cornee non corretto (in questo caso verrà corrisposta la sola quota del procurement, Euro 50,00).

Il rimborso dall'Azienda Sanitaria destinataria del tessuto alla Banca delle Cornee avviene mediante fatturazione da parte dell' A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino all'azienda destinataria del tessuto, allegando il riepilogo mensile della Banca delle Cornee.

10 Schede, moduli e allegati

10.1 Elenco delle schede, dei moduli e degli allegati

- a) **Scheda (Co 01.7.1/2011) di iscrizione** del paziente alla lista d'attesa:
la scheda, da compilare a cura della Struttura di Trapianto, deve essere inviata via fax alla Banca delle Cornee entro 24 ore e spedita per posta.
- b) **Scheda (Co 01.7.2/2008) di comunicazione dati paziente** sottoposto a trapianto di cornea:
la scheda, da compilare a cura della Struttura Privata di Trapianto, deve essere inviata via fax alla Banca delle Cornee entro 24 ore.
- c) **Scheda (Co 02.7/2011) di segnalazione di paziente in urgenza** clinica di trapianto:
la scheda, da compilare a cura della Struttura di Trapianto, deve essere inviata alla Banca delle Cornee via fax. In orario diverso da quello lavorativo è necessario avvertire sempre il reperibile del CRT (335-7168995).
- d) **Scheda (Co 03.7/2008) di segnalazione del prelievo**: l'originale della scheda, compilata dal medico che accerta il decesso e dal medico che effettua il prelievo, deve essere custodito dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale sede del prelievo. Copia della scheda verrà trasmessa entro 24 ore, a cura della Direzione Sanitaria stessa alla Banca delle Cornee.
- e) **Scheda (Co 04.7/2007) di segnalazione di avvenuto trapianto**: la scheda deve essere compilata dal medico che effettua il trapianto e trasmessa alla Banca delle Cornee entro 24 ore.
- f) **Modulo (Co 05.7/2011) per l'assenso** alla donazione: deve essere compilato dal medico che formula la richiesta di donazione e fatto firmare ai familiari aventi diritto. L'originale deve essere custodito dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale sede del prelievo che avrà cura di trasmetterne copia alla Banca delle Cornee entro 24 ore.
- g) **Foglio di accompagnamento della cornea - prelievo (Co 06.7/2010)**: deve accompagnare ogni cornea dalla SP alla BdC. Viene compilato nella prima parte dal medico che effettua il prelievo, insieme alla scheda di segnalazione del prelievo. La seconda parte viene compilata da chi effettua la spedizione alla Banca delle Cornee.
- h) **Schede (Co 07.7/2009, Co 08.7/2007, Co 09.7.1/2007 e 09.7.2/2007) per il follow-up del paziente trapiantato**: devono essere compilate in occasione delle visite di controllo in 8^a giornata, in 30^a giornata, al 6° mese e al 24° mese ed inviate alla Banca delle Cornee per l'aggiornamento dei dati di follow-up.
- i) **Scheda (Co 10.7/2011) per la valutazione di idoneità** del donatore di cornee.
- j) **Scheda (Co 11.7/2011) di segnalazione insuccesso del trapianto**: la scheda deve essere compilata dal medico della Struttura di Trapianto che valuta l'insuccesso, indipendentemente dal fatto che il paziente venga o meno reinserito in lista per un nuovo trapianto. La scheda va fatta pervenire alla Banca delle Cornee ed è essenziale per poter calcolare le curve di sopravvivenza del trapianto di cornea in Piemonte.
- k) **Scheda (Co 13.7/2008) di richiesta di tessuto corneo-sclerale**: tale scheda, da compilare a cura della Struttura di Trapianto, deve essere inviata via fax alla Banca delle Cornee e spedita per posta.

- l) Scheda (Co 14.7/2007) di segnalazione dell'avvenuto trapianto di tessuto corneo-sclerale:** tale scheda deve essere compilata dal medico che effettua il trapianto e trasmessa alla Banca delle Cornee entro 24 ore.
- m) Allegato (Co 15.7/2006)** Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva – INAIL.
- n) Scheda (Co 16.7/2006) di segnalazione di reazione o evento avverso:** deve essere compilata dal medico della Struttura di Trapianto che rileva la reazione o evento avverso. La scheda va fatta pervenire via fax alla Banca delle Cornee immediatamente. In orario diverso da quello lavorativo è necessario avvertire immediatamente il reperibile del CRT (335-7168995).
- o) Allegato (Co 17.7/2006)** Criteri di idoneità dei tessuti oculari – Banca delle Cornee della Regione Piemonte.
- p) Allegato (Co 18.7/2010)** Istruzione tecnica per il prelievo delle cornee – Banca delle Cornee della Regione Piemonte.
- q) Foglio di accompagnamento della cornea trapianto (Co 19.7/2008):** deve accompagnare ogni cornea dalla BdC alla ST. Viene compilato nella prima parte dalla Banca delle Cornee e inviato insieme alla cornea alla Struttura di Trapianto. La Struttura di Trapianto provvederà a compilare l'ultima parte e ad inviare il modulo via fax entro 24 ore alla Banca delle Cornee.
- r) Foglio di trasporto delle cornee (Co 20.7/2009):** deve accompagnare ogni cornea dalla SP alla BdC.
- s) Foglio di trasporto delle cornee per trapianto (Co 21.7/2009):** deve accompagnare ogni cornea dalla BdC alla ST.
- t) Scheda di Programmazione Interventi (Co 22.7/2011):** deve essere inviata mensilmente via fax da ogni Struttura di Trapianto alla Banca delle Cornee per programmare l'attività di trapianto del mese successivo.
- u) Modulo per il calcolo della emodiluizione PO01ALL05** Algoritmo per il calcolo della emodiluizione di un donatore che ha ricevuto sangue, componenti sanguigni o espansori del volume plasmatico entro 48 ore dalla morte.
- v) Modulo di identificazione del donatore (PO01 ALL03 o PO01 ALL08 o PO01 ALL09):** deve accompagnare ogni cornea dalla SP alla BdC.
- w) Modulo ANAMNESI PO01 ALL01:** deve accompagnare ogni cornea dalla SP alla BdC.
- x) Modulo ESAME OBIETTIVO PO01 ALL02:** deve accompagnare ogni cornea dalla SP alla BdC.

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI – REGIONE PIEMONTE
SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO CORNEA
 (DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

Da inviare **entro 24 ore** alla:
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista – V. Genova 3 - 10126 Torino
 Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____ Sesso M F
 Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____
 Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 in via _____ Telefono _____ / _____
 Altro Recapito telefonico _____ / _____ Codice Fiscale _____

DATI PER L'ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO

Data della visita _____ Centro di iscrizione _____
 Iscrizione per: OD OS Progressi trapianti di cornea: OD: n. _____ OS: n. _____
 Intervento di: PK LK DALK DS-AEK
in caso di LK, lenticolo: \emptyset _____ mm \uparrow _____ μ m manuale microcheratomo
 Iscrizione per cornea istocompatibile NO SI (contattare il Serv. Immunologia Trapianti per la tipizzazione)
 Visus residuo con la migliore correzione: OD ____/10 OS ____/10
 Danno % (in base a tabelle INAIL): _____ %
 Patologia corneale:
 Cheratocono Cheratopatia bollosa Distrofia Ulcera
 Leucoma Cheratite erpetica Scompenso precoce Trauma perforante
 Altro (precisare) _____

Neovasi NO SI-1 Quadrante SI-2 Quadranti SI-3 Quadranti SI-4 Quadranti
 Glaucoma in trattamento NO SI danno funz. lieve SI danno funz. medio SI danno funz. grave
 Occhio da operare Fachico Fachico con cataratta Afachico Pseudofachico
 Ambliopia NO SI
 Maculopatia NO SI
 Risultato desiderato Miglioramento acuità visiva Ripristino struttura Diminuzione dolore

GENERALITÀ DEL MEDICO OCULISTA CHE RICHIEDE L'IMMISSIONE IN LISTA

Cognome e Nome _____ Qualifica _____
 presso l'Ospedale _____

Firma _____

Il sottoscritto/a autorizza il Medico Oculista a trasmettere questi dati alla Banca delle Cornee della Regione Piemonte e al C.R.T., per il loro trattamento anche con l'ausilio di strumenti elettronici. Il sottoscritto viene informato che il rifiuto del trapianto dovuto a motivi personali per due volte consecutive comporta la perdita dell'anzianità di lista (Protocollo Regionale Cornee, sez. 7.2). Il sottoscritto viene informato che il responsabile della Struttura di Trapianto può sospendere o escludere dalla lista di attesa il paziente che rifiuti il trapianto per motivi personali o che non collabori ad una adeguata gestione clinica pretrapianto.

Data _____

Firma del paziente _____

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI – REGIONE PIEMONTE

SCHEDA DI COMUNICAZIONE DATI PAZIENTE**SOTTOPOSTO A TRAPIANTO CORNEA**

(DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA PRIVATA DI TRAPIANTO)

Da inviare **in allegato alla scheda di segnalazione di avvenuto trapianto** alla:

Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista - C. Bramante 88 - 10126 Torino

Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTECognome e Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

in via _____ Telefono _____ / _____

Altro Recapito telefonico _____ / _____ Codice Fiscale _____

DATI CLINICI

Data della visita _____ Struttura Sanitaria _____

Occhio da operare OD OS Pregressi trapianti di cornea: OD: _____ OS n.° _____Intervento di: PK LK DALK DLEK/DS-AEKin caso di LK, lenticolo: Ø _____ mm ↑ _____ µm manuale microcheratomoIscrizione per cornea istocompatibile NO SI

Visus residuo con la migliore correzione: OD ____/10 OS ____/10

Patologia corneale:

- Cheratocono Cheratopatia bollosa Distrofia Ulcera
- Leucoma Cheratite erpetica Scopenso precoce Trauma perforante
- Altro (precisare) _____

Neovasi NO SI-1 Quadrante SI-2 Quadranti SI-3 Quadranti SI-4 QuadrantiGlaucoma in trattamento NO SI danno funz. lieve SI danno funz medio SI danno funz graveOcchio da operare Fachico Fachico con cataratta Afachico PseudofachicoAmbliopia NO SIMaculopatia NO SIRisultato desiderato Miglioramento acuità visiva Ripristino struttura Diminuzione dolore**GENERALITÀ DEL MEDICO OCULISTA SEGNALANTE**

Cognome e Nome _____ Qualifica _____

presso la struttura privata _____

Firma _____

Il sottoscritto/a autorizza il Medico Oculista a trasmettere questi dati al C.R.T., per il loro trattamento con l'ausilio di strumenti elettronici.

Data _____

Firma del paziente _____

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE
SEGNALAZIONE PAZIENTE IN URGENZA DI TRAPIANTO CORNEA
 (DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

Da inviare **immediatamente** a:

C.R.R.T. Servizio di Immunologia dei Trapianti - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista **Fax: 011 6336529**
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista - C. Bramante 88 - 10126 Torino
 Tel. 011 6336519 / **Fax: 011 6334363** / **mobile 335 7168995**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____ Sesso M F
 Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov _____
 Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 in via _____ Telefono _____ / _____
 Altro Recapito telefonico _____ / _____ Codice Fiscale _____

DATI CLINICI

Data della visita _____ Centro di iscrizione _____
 Segnalazione di urgenza per innesto: OD OS
 URGENZA ASSOLUTA: perforazione in atto
 URGENZA RELATIVA: perforazione imminente
 dolore
 scompenso precoce del lembo (inteso come scompenso insorto entro 30 giorni dal Tx)

Intervento di: PK LK DALK DS-AEK

Visus residuo con la migliore correzione: OD ____/10 OS ____/10

Danno (in base a tabelle INAIL): _____%

Pregressi trapianti di cornea: su OD: n.° _____ su OS: n.° _____

Patologia corneale:

Cheratocono Cheratopatia bollosa Distrofia Ulcera
 Leucoma Cheratite erpetica Scompenso precoce Trauma perforante
 Altro (precisare) _____

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE VALUTA LA RICHIESTA DI URGENZA

Cognome e Nome _____ Qualifica _____
 presso l'Ospedale _____

Firma _____

Il sottoscritto/a autorizza il Medico Oculista a trasmettere i dati richiesti al Servizio di Immunologia dei Trapianti dell'Ospedale Molinette, che gestisce la banca dati computerizzata e coordina l'attività nella Regione Piemonte.

Data _____

Firma del paziente _____

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE
SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL PRELIEVO DI CORNEE

Consegna cornee entro 96 ore dal prelievo alla Banca delle Cornee, A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino
 Via Genova 3 (dalle 9.00 alle 16.00 dal lunedì al venerdì)

Originale da archiviare presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale sede del prelievo.

Copia da inviare via fax, a cura della Direzione Sanitaria, entro 24 ore alla:
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
 V. Genova 3 - 10126 Torino Tel. 011 6336519 / **Fax: 011 6334363**
 (orario 9.00 - 17.00 dal lunedì al venerdì)

SEDE DI PRELIEVO DELLA CORNEA

Ospedale / Casa di Cura Privata _____
 Presso il domicilio del Donatore Via _____ Città _____ Prov. _____

DATI RELATIVI AL DONATORE (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CHE ACCERTA IL DECESSO)

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Comune di nascita _____ Data di nascita _____

Data del decesso _____ Ora _____ Reparto _____

Causa del decesso Traumatica Cerebro-vascolare Cardio-vascolare Asfissia/Anossia

Neoplastica Metabolica Infettiva Non nota Altro _____

Prelevatore avvisato da _____ alle ore _____ del _____

Autopsia RICHIESTA NON RICHIESTA

Prelevato campione di sangue EDTA SI NO

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE ACCERTA IL DECESSO E SI ACCERTA DELL'ASSENZA DI CRITERI DI ESCLUSIONE ALLA DONAZIONE, SULLA BASE DELL'INDAGINE ANAMNESTICA E DELL'ISPEZIONE FISICA
 (DOCUMENTO DI RIFERIMENTO: SCHEDA 10.7/2008 PROTOCOLLO REGIONALE CORNEE)

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Reparto di appartenenza _____

Data _____ Firma _____

DATI RELATIVI AL PRELIEVO (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO PRELEVATORE)

ESAME DELLA CORNEA IN SITU: VALUTAZIONE OD _____ OS _____

Data del prelievo _____ Ora _____ Reparto _____

Tecnica prelievo tecnica Protocollo Regione Piemonte Altra _____

MATERIALE PRELEVATO: Cornea OD OS bulbo oculare OD OS

GENERALITÀ DEL MEDICO RESPONSABILE DELLE OPERAZIONI DI PRELIEVO

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Ospedale di appartenenza _____

Data _____ Firma _____

SCHEMA DI SEGNALAZIONE DELL' AVVENUTO TRAPIANTO DI CORNEA
(DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

STRUTTURA DI TRAPIANTO DI CORNEA

(Ospedale / Casa di Cura Privata)

CORNEA/LENTICOLO UTILIZZATO

SI NO

CAUSA MANCATO UTILIZZO _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____ Data del trapianto _____

Trapianto eseguito su: Occhio Destro Occhio Sinistro

Intervento di: PK LK DALK DLEK/DS-AEK

DATI RELATIVI ALLA CORNEA/LENTICOLO

Codice _____

Data del prelievo _____

Cornea prelevata presso _____

(Ospedale / Domicilio del Donatore)

Intervallo prelievo-trapianto _____

Data di scadenza _____

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO IL TRAPIANTO

Cognome e nome _____

Qualifica _____ Reparto _____

Data _____ Firma _____

Da inviare entro 24 ore alla:
Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
C. Bramante 88 - 10126 Torino
Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363



A.O.U. S. Giovanni Battista – Torino
Coordinamento Regionale Prelievi - Centro Regionale Trapianti

Donazione di Tessuto Corneale: **Assenso/Testimonianza**

- Originale da archiviare presso la Direzione Sanitaria dell'ospedale "sede di prelievo"
- Inviare **entro 24 ore** alla Banca delle Cornee della Regione Piemonte: **fax 011 6334363**

Spazio per il timbro della sede di prelievo

INDISPENSABILE

DATI RELATIVI AL DONATORE

Cognome: _____ Nome: _____ Nato/a il: ___/___/___

Deceduto/a presso: _____ in data: ___/___/___

ASSENSO alla Donazione (ai sensi dell'art. 1 della legge del 12/08/1993, n° 301)

(in caso di assenza, cioè di non esistenza, dell'avente diritto si procede in ordine gerarchico secondo la numerazione)

Il/I sottoscritto/i, in qualità:

[1] Coniuge non legalmente separato - [2] Figlio/i maggiorenne/i - [3] Genitore/i - [4] Legale rappresentante dove previsto

del donatore sopraindicato

Acconsente/acconsentono: al prelievo di cornee a scopo di trapianto terapeutico e allo svolgimento di indagini anamnestiche e di laboratorio finalizzate a prevenire la trasmissione di malattie nel ricevente;

Dichiara/dichiarano: di non essere a conoscenza che il proprio congiunto avesse manifestato in vita il rifiuto alla donazione.

Cognome: _____ Nome: _____ Firma: _____

Cognome: _____ Nome: _____ Firma: _____

In caso di indisponibilità (lontananza, difficoltà logistiche) di altri figli aventi diritto il/la sottoscritto/a dichiara di aver acquisito "assenso globale" di tutti i figli mediante contatto telefonico

Cognome: _____ Nome: _____ Firma: _____

TESTIMONIANZA (ai sensi dell'art. 23, comma 1 della legge del 01/04/1999, n° 91)

(sezione da considerarsi solo in assenza, cioè di non esistenza, degli aventi diritto come indicato nella sezione precedente)

Il/I sottoscritto/i, in qualità:

[] convivente more-uxorio - [] fratello/i - [] altri parenti: _____

del donatore sopraindicato

Dichiara/dichiarano: di non essere a conoscenza che il proprio congiunto avesse manifestato in vita il rifiuto alla donazione ed agli accertamenti di laboratorio necessari a prevenire la trasmissione di malattie nel ricevente; di essere il parente con il più stretto grado di parentela; che non esistono parenti con pari grado oltre a quelli che hanno firmato questa dichiarazione.

Cognome: _____ Nome: _____ Firma: _____

Cognome: _____ Nome: _____ Firma: _____

Cognome: _____ Nome: _____ Firma: _____

Autorizzazione per comunicazioni da parte del Coordinamento Regionale Trapianti e della Banca delle Cornee

Cognome: _____ Nome: _____ Via: _____ Città: _____ CAP: _____

Telefono: _____ Firma del familiare: _____

Data: ___/___/___

Firma dell'operatore che ha acquisito i consensi: _____

Il presente accompagna la cornea dal momento del prelievo alla consegna alla Banca delle Cornee.

Copia del presente va conservata in sede di prelievo e in Banca delle Cornee.

BANCA DELLE CORNEE DELLA REGIONE PIEMONTE
FOGLIO DI ACCOMPAGNAMENTO DELLA CORNEA

PRELIEVO: (da compilarsi a cura del prelevatore)

Sede di prelievo _____ data prelievo _____ Ora _____

Medico prelevatore: _____ Ospedale di appartenenza _____

Donatore: iniziali _____ Data di nascita _____ data decesso _____ ora decesso _____

cornea prelevata: OD OS (compilare un foglio per ogni cornea)

firma del prelevatore _____

conservare a 4°C (2-10°C), vedi Protocollo Operativo Prelievo e Trapianto di Cornea, sez. 8.1

TRASPORTO: (da compilare da parte del mittente e del destinatario)

1. inviata alla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____ a mezzo azienda _____

conducente Sig. _____ firma del conducente _____

data di arrivo _____ ora di arrivo _____

ritirato da: _____ firma del destinatario _____

VISITA DI CONTROLLO 8^a GIORNATA

Centro di trapianto..... (Ospedale / Casa di Cura Privata)

Cognome e Nome

Data di nascita

Data del trapianto

trapianto eseguito su:

Occhio Destro Occhio Sinistro

Pregressi trapianti:

su Occhio Destro: n°.....

su Occhio Sinistro: n°.....

1)Stato della sutura: tensione

- Buona
 Lenta
 Stretta

b)Sinechie anteriori/posteriori non preesistenti

- si no

2)Allineamento dell'innesto:

- buono
 mediocre
 presenza di scalinatura
 falsa camera (per cheratoplastica endoteliale)
 lembo dislocato (per cheratoplastica endoteliale)

6)Tono oculare:

- ≤20
 >20

3)Condizioni dell'innesto:

a) Condizioni dello stroma:

- Trasparente
 Lievemente edematoso
 Edematoso

b) Pieghe della Descemet:

- Assenti
 Centrali
 Periferiche
 Centrali e periferiche

Giudizio anatomico

- ottimo
 buono
 mediocre
 scadente

Patologie oculari concomitanti

a)Neovasi

 NO SI-1 quadrante SI-2 quadranti SI-3 quadranti SI-4 quadranti

b)Glaucoma in trattamento

 NO SI danno funz. lieve SI danno funz medio SI danno funz grave

4)Camera anteriore:

a) assente presente: normoprofonda bassa

infiammazione segmento anteriore:

- +
 ++
 +++
 ++++

c)Occhio

 Fachico Fachico con cataratta Afachico Pseudofachico

d)Ambliopia

 NO SI

e)Maculopatia

 NO SI

5)Iride-Pupilla:

a)Reagente

 si no

Data visita:.....

Firma del medico:.....

VISITA DI CONTROLLO 30^a GIORNATA

Centro di trapianto.....(Ospedale / Casa di Cura Privata)

Cognome e Nome

Data di nascitaData del trapianto Occhio Destro Occhio Sinistro

1)Stato della sutura: tensione

- buona
 lenta stretta

2)Allineamento dell'innesto:

- buono
 presenza di scalinatura

3)Condizioni dell'innesto:

a)Condizioni dello stroma:

- Trasparente
 Lievemente edematoso
 Edematoso

b)Pieghe della Descemet:

- Assenti Periferiche
 Centrali Centrali e periferiche

c)Precipitati sul lembo:

- Assenti Fini localizzati
 Lardacei Fini diffusi
 Pigmentari

4)Camera anteriore:

- a)presente normoprofonda
 bassa

b)Infiammazione segmento anteriore:

- +++
 + ++++
 ++

5)Iride-Pupilla:

a)Reagente

- si no

b)Sinechie anteriori/posteriori non preesistenti

- si no

6)Tono oculare:

- ≤20 >20

7)Tendenza alla neovascolarizzazione

- assente presente

8)Infiltrati lungo la sutura

- assente presente

9)Curvatura corneale

a) Valori cheratometrici

- astigmatismo regolare
 astigmatismo irregolare

Diottrie:

- 0 - 3 3 -6
 >6

10)Visus (frazione di Snellen,tabella ETDRS)

a) senza lenti/.....

b) con lenti:/.....

Giudizio anatomico

- ottimo mediocre
 buono scadente

Giudizio funzionale in condizione di integrità di tutte le altre strutture

- ottimo mediocre
 buono scadente

Giudizio funzionale in condizione di patologie oculari concomitanti

- ottimo mediocre
 buono scadente

Patologie oculari concomitanti

a)Neovasi

 NO SI-1 quadrante SI-2 quadranti SI-3 quadranti SI-4 quadranti

b)Glaucoma in trattamento

 NO SI danno funz. lieve SI danno funz medio SI danno funz grave

c)Occhio

 Fachico Fachico con cataratta Afachico Pseudofachico

d)Ambliopia

 NO SI

e)Maculopatia

 NO SI

Data visita:.....

Firma del medico:.....

VISITA DI CONTROLLO 6° MESE

Centro di trapianto.....(Ospedale / Casa di Cura Privata)

Cognome e Nome

Data di nascitaData del trapianto Occhio Destro Occhio Sinistro

1)Stato della sutura: tensione

- buona
 lenta stretta

2)Distribuzione chirurgica della tensione della sutura:

- SI NO

3)Allineamento dell'innesto:

- buono
 presenza di scalinatura

4)Condizioni dell'innesto:

a)Stato epitelio

- Presente
 Difetti puntiformi
 Difetti ad area

b)Condizioni dello stroma:

- Trasparente
 Lievemente edematoso
 Edematoso

c)Pieghe della Descemet:

- Assenti Periferiche
 Centrali Centrali e periferiche

d)Precipitati sul lembo:

- Assenti Fini localizzati
 Lardacei Fini diffusi
 Pigmentari

5)Camera anteriore:

- a)presente normoprofonda
 bassa

b)Infiammazione segmento anteriore:

- +++
 + ++++
 ++

6)Tono oculare:

- ≤ 20 > 20

7)Tendenza alla neovascolarizzazione

- assente presente

8)Infiltrati lungo la sutura

- assenti presenti

9)Curvatura corneale

- a) Valori cheratometrici
 astigmatismo regolare
 astigmatismo irregolare
 Diottrie:
 0 - 3 3 - 6
 > 6

10)Visus (frazione di Snellen,tabella ETDRS)

- a)senza lenti/.....
 b)con lenti:/.....

Giudizio anatomico

- ottimo mediocre
 buono scadente

Giudizio funzionale in condizione di integrità di tutte le altre strutture

- ottimo mediocre
 buono scadente

Giudizio funzionale in condizione di patologie oculari concomitanti

- ottimo mediocre
 buono scadente

Patologie oculari concomitanti

- a)Neovasi NO
 SI-1 quadrante SI-2 quadranti
 SI-3 quadranti SI-4 quadranti

b)Glaucoma in trattamento

- NO SI danno funz. lieve
 SI danno funz medio
 SI danno funz grave

c)Occhio

- Fachico Fachico con cataratta
 Afachico Pseudofachico

d)Ambliopia NO SIe)Maculopatia NO SIConta endoteliale _____ cellule/mm²

- Rigetto NO SI epiteliale
 SI stromale
 SI endoteliale

Data visita:.....

Firma del medico.....

VISITA DI CONTROLLO 24° MESE (dopo eventuale rimozione della sutura)

Centro di trapianto.....(Ospedale / Casa di Cura Privata)

Cognome e Nome

Data di nascitaData del trapianto Occhio Destro Occhio Sinistro

1) Sutura presente

 sì no

2) Allineamento dell'innesto:

 buono presenza di scalinatura

3) Condizioni dell'innesto:

a) Stato epitelio

 Presente Difetti puntiformi Difetti ad area

b) Condizioni dello stroma:

 Trasparente Opaco

c) Irregolarità della faccia posteriore:

 Assenti Presenti

d) Precipitati:

 Assenti Presenti da patologia dell'innesto Presenti da patologia non pertinente
l'innesto

4) Tono oculare:

 <10 10-20 >20

5) Neovascolarizzazione

 assente presente

6) Curvatura corneale

a) Diottrie:

 0 - 3.0 3.0 - 6.0 >6

7) Visus (frazione di Snellen, tabella ETDRS)

a) senza lenti:/.....

b) con lenti:/.....

Giudizio anatomico

 ottimo mediocre buono scadente

Giudizio funzionale in condizione di integrità di tutte le altre strutture

 ottimo mediocre buono scadente

Giudizio funzionale in condizione di patologie oculari concomitanti

 ottimo mediocre buono scadente

Patologie oculari concomitanti

a) Neovasi

 NO SI-1 quadrante SI-2 quadranti SI-3 quadranti SI-4 quadranti

b) Glaucoma in trattamento

 NO SI danno funz. lieve SI danno funz medio SI danno funz grave

c) Occhio

 Fachico Fachico con cataratta Afachico Pseudofachico

d) Ambliopia

 NO SI

e) Maculopatia

 NO SIConta endoteliale _____ cellule/mm²

Rigetto

 NO SI epiteliale SI stromale SI endoteliale

Data visita:.....

Firma del medico:.....

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE
VALUTAZIONE DI IDONEITA' DEL DONATORE DI CORNEE

ETA' da 5 a 75 anni compresi. Per i soggetti con età ≥ 76 anni contattare il responsabile banca cornee (tel. 3351328099).

TEMPO MORTE-PRELIEVO

- 24 ore. Mantenere sempre le palpebre chiuse, coperte con garze inumidite con soluzione fisiologica fresca.

CONSENSO DEI FAMILIARI

E' necessario richiedere e far firmare il consenso al prelievo delle cornee utilizzando l'apposito modulo.

ESAMI DA ESEGUIRE

- anticorpi anti-HIV 1 e 2
- antigene di superficie del virus dell'epatite B (HBsAg)
- anticorpi anti antigene core del virus dell'epatite B (HBcAb)
- anticorpi anti-HCV
- test per la lue (TPHA, anticorpi anti-Treponema)

Se la ricerca di HBcAb è risultata positiva, per l'utilizzo dei tessuti è necessario eseguire la ricerca di HBV DNA: se questa risulta negativa i tessuti possono essere utilizzati per trapianto.

E' inoltre necessaria la determinazione degli anticorpi anti-HTLV I e II esclusivamente per i donatori provenienti da aree in cui questi virus sono endemici e per i loro partner.

CRITERI DI ESCLUSIONE ASSOLUTA DALLA DONAZIONE

I tessuti oculari donati non possono essere utilizzati se provenienti da donatori nelle seguenti condizioni:

- per il donatore cadavere, causa di morte sconosciuta (il tessuto può essere utilizzato per il trapianto solo qualora una autopsia abbia chiarito la causa della morte ed escluso le condizioni di cui ai punti successivi)
- malattia ad eziologia sconosciuta
- storia, evidenza clinica o di laboratorio di infezione in atto da HIV, HBV o HCV o ittero di eziologia sconosciuta
- soggetti con fattori di rischio per HIV, HBV o HCV:
 - soggetti con comportamenti sessuali a rischio negli ultimi 12 mesi
 - prostituzione negli ultimi 12 mesi
 - uso e.v, i.m. o s.c. di droghe negli ultimi 12 mesi
 - soggetti emofilici sottoposti a infusione di fattori della coagulazione di origine umana
 - esposizione percutanea o attraverso ferite aperte o mucose a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV o HCV nei 12 mesi precedenti
 - soggetti in emodialisi cronica
 - soggetti che hanno trascorso un periodo di detenzione carceraria negli ultimi 12 mesi
 - malattie veneree diagnosticate o trattate negli ultimi 12 mesi
 - tatuaggi, piercing o agopuntura negli ultimi 12 mesi, se non eseguiti con materiale sterile, monouso
 - partners di soggetti con rischio di infezione da HIV, HBV o HCV, come precedentemente definito, negli ultimi 12 mesi
- INFEZIONI: i soggetti affetti da infezioni sistemiche di origine batterica, virale, fungina e parassitaria possono essere considerati potenziali donatori se, al momento della donazione, è in corso una terapia mirata. Inviare alla banca i colturali e gli antibiogrammi relativi.
 - o Se è stato eseguito un'emocoltura di cui non è ancora arrivato il referto, si può procedere alla richiesta di donazione e all'eventuale prelievo ed inviare alla banca copia degli esami colturali richiesti.

- L'uso di amine per il sostegno del circolo in corso di shock settico non controindica il prelievo delle cornee.
 - Riportare ricerche eventuali eseguite per infezioni da virus, miceti, protozoi.
-
- soggetti con fattori di rischio per malattie da prioni:
 - soggetto o familiare con m. di Creutzfeldt-Jakob
 - presenza di demenza o malattie croniche degenerative centrali ad eziologia sconosciuta (m. di Alzheimer, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, panencefalite acuta sclerosante, m. di Parkinson, leucoencefalite multifocale progressiva)
 - soggetti che hanno utilizzato ormoni di derivazione ipofisaria, o allotrapianto di dura madre o siano stati sottoposti ad interventi intracranici non specificati
 - soggetti sottoposti ad intervento chirurgico o trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna negli anni dal 1984 al 1996
 - sindrome di Reye
 - per i donatori di sole cornee le neoplasie maligne non costituiscono criterio di esclusione, salvo che nel caso di:
 - leucemia
 - linfoma
 - mieloma
 - neoplasie maligne del bulbo oculare
 - soggetti sottoposti a trapianto di organo, tessuti oculari o xenotrapianto
 - ingestione o esposizione a sostanza tossica che può essere trasmessa in dose nociva (p.es. cianuro, piombo, mercurio, oro)
 - storia di trattamenti immunosoppressivi,
 - chemioterapia o terapia radiante, tranne che per i donatori di cornea
 - malattie autoimmuni comprese le malattie del collagene, che possano pregiudicare la qualità dei tessuti da prelevare
 - vaccinazione con virus vivo attenuato (morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e vaiolo) nelle quattro settimane antecedenti alla donazione
 - rischio di trasmissione di patologia infettiva legato a viaggi o esposizione ad agente infettivo, non escludibile con esami di approfondimento
 - malattie emopoietiche quali: emofilia (varietà monozigote), gammopatie monoclonali, mielodisplasia, policitemia vera

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI PER I TESSUTI OCULARI

- infiammazioni e infezioni oculari in atto
- malattie congenite o acquisite dell'occhio che possono pregiudicare il risultato del trapianto
- chirurgia laser e refrattiva e altri interventi chirurgici sulla cornea
- neoplasie maligne del bulbo oculare

I criteri per la selezione dei donatori sono quelli della Direttiva 2006/17/CE del Parlamento Europeo, ulteriormente dettagliate dalle Linee Guida del Centro nazionale Trapianti edizione 19/06/2007.

SCHEMA DI SEGNALAZIONE INSUCCESSO TRAPIANTO DI CORNEA
(DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

CENTRO DI TRAPIANTO DI CORNEA.....
(Ospedale / Casa di Cura Privata)

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e NomeSesso M F

Data di nascita

Data del Trapianto

Trapianto eseguito su: Occhio Destro Occhio Sinistro

Intervento di :

PK semplice PK combinato LK DALK DS-AEK

Data Insuccesso

CAUSA DELL' INSUCCESSO

Rigetto

Scompenso endoteliale precoce (entro 30 giorni dal trapianto)

Scompenso endoteliale tardivo

Problemi tecnico-chirurgici

Infezioni

Recidiva di malattia

Patologia trasmessa dal donatore

Altre/ Sconosciute

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE VALUTA L'INSUCCESSO

Cognome e nome.....

Qualifica

In Servizio presso

Data

Firma.....

Da inviare alla:

**Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista - C.
Bramante 88 - 10126 Torino
Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363**

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI – REGIONE PIEMONTE
SCHEDA DI RICHIESTA TESSUTO CORNEO-SCLERALE
(DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA DI TRAPIANTO)

Da inviare alla:
Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista - C. Bramante 88 - 10126 Torino
Tel. 011 6336519 / **Fax: 011 6334363**

Con la presente si richiede un tessuto corneo-sclerale conservato in etanolo 70°, da utilizzarsi per chirurgia di rinforzo e ricostruttiva.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____ Data del trapianto _____

Occhio Destro Occhio Sinistro

Intervento di: _____

Il tessuto verrà conservato secondo le indicazioni della Banca delle Cornee.

Il trapianto verrà comunicato a codesto C.R.T. utilizzando la scheda Co 14.7/2007.

Se non utilizzato, verrà restituito alla Banca delle Cornee, in allegato alla scheda Co 14.7/2007, con l'indicazione di non utilizzo.

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE RICHIEDE IL TESSUTO CORNEO-SCLERALE

Cognome e Nome _____ Qualifica _____

presso l'Ospedale / Casa di Cura privata _____

Data _____ Firma _____

**SCHEMA DI SEGNALAZIONE DELL' AVVENUTO TRAPIANTO
DI TESSUTO CORNEO-SCLERALE**
(DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

STRUTTURA DI TRAPIANTO DI CORNEA

(Ospedale / Casa di Cura Privata)

TESSUTO CORNEO/SCLERALE UTILIZZATO

SI

NO

CAUSA MANCATO UTILIZZO _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____

Data del trapianto _____

Trapianto eseguito su:

Occhio Destro

Occhio Sinistro

Intervento di: _____

DATI RELATIVI AL TESSUTO CORNEO-SCLERALE

Codice _____

Data del prelievo _____

Prelevato presso _____

(Ospedale / Domicilio del Donatore)

Data di Scadenza _____

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO IL TRAPIANTO

Cognome e nome _____

Qualifica _____ Reparto _____

Data _____

Firma _____

Da inviare entro 24 ore alla:

Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista - C. Bramante

88 - 10126 Torino

Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
		%	%
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Note:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%.
5. In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

6. In casi di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15%, per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
7. In caso di minorazione di un organo o di un arto, le percentuali della tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

SCHEMA DI SEGNALAZIONE DI REAZIONE O EVENTO AVVERSO
(DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA DI TRAPIANTO)

STRUTTURA DI TRAPIANTO DI CORNEA

(Ospedale / Casa di Cura Privata)

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTECognome e Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____

DATI RELATIVI AL TESSUTO OCULARE

Codice _____

DATI CLINICIData del trapianto _____ Trapianto eseguito su: OD OSIntervento di: PK LK DALK DLEK/DS-AEK

Pregressi trapianti di tessuti oculari: su OD n° _____ su OS n° _____

Pregressi trapianti di altri organi o tessuti SI NO

Data della visita _____

Evento avverso _____

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE COMUNICA L'EVENTO AVVERSO

Cognome e nome _____

Qualifica _____ Reparto _____

Data _____ Firma _____

Da inviare immediatamente al:**C.R.T. Servizio di Immunologia dei Trapianti - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista Fax: 011 6336529****Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista Torino****Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363****avvisare immediatamente il mobile 335 7168995**

CRITERI DI IDONEITA' DEI TESSUTI OCULARI

Criteria di idoneità per cornee da utilizzarsi per cheratoplastica perforante a scopo ottico

- 1) densità cellulare endoteliale uguale o superiore a 2.000 cellule/mm².
- 2) mosaico cellulare endoteliale monomorfo senza marcato pleiomorfismo né polimegatismo.
- 3) segni di distrofia o degenerazione endoteliale (depositi pigmentati, guttae) assenti o estremamente ridotti.
- 4) stroma corneale esente da opacità significative che ne compromettano la trasparenza.

Criteria di idoneità per cornee e lenticoli da utilizzarsi per cheratoplastica lamellare stromale

- 1) stroma corneale esente da opacità significative che ne compromettano la trasparenza.

Criteria di idoneità per cornee da utilizzarsi per cheratoplastica lamellare endoteliale

- 1) densità cellulare endoteliale uguale o superiore a 2.000 cellule/mm².
- 2) mosaico cellulare endoteliale monomorfo senza marcato pleiomorfismo né polimegatismo.
- 3) segni di distrofia o degenerazione endoteliale (depositi pigmentati, guttae) assenti o estremamente ridotti.

Criteria di idoneità per tessuti corneo-sclerali da utilizzarsi per chirurgia di rinforzo o ricostruttiva

- 1) tessuto sclerale o corneale esente da alterazioni o esiti di patologie infiammatorie o degenerative (aree malaciche o iperpigmentate).

ISTRUZIONE TECNICA PER IL PRELIEVO DELLE CORNEE

Materiale occorrente per il prelievo di cornee (in dotazione al medico che effettua il prelievo)

Materiale vario

Guanti chirurgici sterili
Telino sterile con foro centrale
Telo adesivo sterile
Mascherina
Cuffia
Tampone fosfato fisiologico (PBS) sterile
Soluzione Betadine (iodio povidone) diluita al 10% con fisiologica sterile
Antibiotici in collirio (Tobramicina, Gentamicina)
Disinfettante cute (Clorexidina gluconato 0.5%)
Tamponi di garza
Conformatore (opzionale)
Filo di sutura seta 6.0 con ago
Scatola autoclavabile contenente ferri chirurgici
blefarostato
pinza da congiuntiva
forbice per congiuntiva e sclera (tipo Westcott o Castroviejo)
tagliante monouso 22.5° o lametta con portalamette
spatola per ciclodialisi
pinze serrafile
porta aghi

Liquido di conservazione

Utilizzare un liquido di conservazione disponibile in commercio idoneo alla conservazione e al trasporto delle cornee a bassa temperature.

Tecnica del prelievo

1. Disinfezione della cute.
2. Applicazione di telo sterile.
3. Applicazione di blefarostato; instillazione nei fornici congiuntivali di alcune gocce di soluzione di Betadine, che dopo qualche minuto viene rimossa lavando abbondantemente l'occhio con collirio antibiotico.
4. Con la forbice e la pinza, si effettua una peritomia congiuntivale limbare per 360°, retraendo quanto più possibile la congiuntiva stessa. Evitare che del tessuto congiuntivale rimanga aderente al limbus.
5. Con il tagliante si pratica un'incisione sclerale a tutto spessore, a circa 4 mm dal limbus, per 360°. **L'anello sclerale non deve essere inferiore ai 4 mm.**
6. Con le forbici si completa il taglio per 360° mantenendo la distanza di 4 mm dal limbus (importante!) ed evitando di caricare tessuto uveale durante il taglio e di deformare la cupola corneale. Normalmente la manovra è relativamente facile, in quanto l'uvea è quasi sempre parzialmente collassata.
7. Si solleva delicatamente con le pinze la cupola sclerocorneale, evitando il più possibile distorsioni o piegature. Normalmente i corpi ciliari e l'iride si staccano spontaneamente alla semplice trazione; eventuali aderenze residue possono essere delicatamente staccate con la spatola da ciclodialisi o con pinze serrafile.
8. Si pone la cornea prelevata con l'anello sclerale nel contenitore del liquido di conservazione con la concavità rivolta verso l'alto.
9. Chiusura della congiuntiva precedentemente scollata con una sutura a borsa di tabacco, a tenuta, con eventuale inserimento di appositi conformatori in plastica.
10. Chiusura della palpebra con una sutura del margine interno, non visibile dall'esterno.
11. Conservazione delle cornee prelevate a 4°C (2-10°C).

Il presente accompagna la cornea dalla Banca delle Cornee alla Struttura di Trapianto.
Copia del presente va conservata in sede di Struttura di Trapianto e in Banca delle Cornee.

BANCA DELLE CORNEE DELLA REGIONE PIEMONTE
FOGLIO DI ACCOMPAGNAMENTO DELLA CORNEA

CORNEA: _____

INVIO: (da compilarsi a cura della Banca delle Cornee e della Struttura di Trapianto)

1. inviata a: Ospedale/Casa di cura: _____ in data _____ alle ore _____
a mezzo azienda _____
conducente Sig. _____ firma del conducente _____
data di arrivo _____ ora di arrivo _____
ritirato da: _____ firma del destinatario _____

TRAPIANTO: (da compilare a cura del trapiantatore)

Ricevente: Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ data trapianto _____ trapianto OD OS

QUALITA' DELLA CORNEA: (da compilare a cura del trapiantatore)

1. Condizioni di conservazione: buone non buone motivo _____
(sistemazione/alloggiamento/inserimento del lembo nel contenitore)
2. Conferma di idoneità al trapianto si no motivo _____

Medico trapiantatore: _____ Ospedale di appartenenza _____

data _____ Firma _____

Il presente accompagna la/le cornea/e.

Copia del presente va conservata in sede di Struttura di Prelievo e in Banca delle Cornee.

BANCA DELLE CORNEE DELLA REGIONE PIEMONTE
FOGLIO DI TRASPORTO DELLE CORNEE

DATA: _____

ORA: _____

QUANTITA' CORNEE: _____ (IN CIFRE) _____ (IN LETTERE)
(da compilarsi a cura della Struttura di Prelievo)

QUANTITA' PROVETTE: _____ (IN CIFRE) _____ (IN LETTERE)
(da compilarsi a cura della Struttura di Prelievo)

TRASPORTO: (da compilare da parte del mittente e del destinatario)

inviata alla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____ a mezzo azienda _____

conducente Sig. _____ firma del conducente _____

data di arrivo _____ ora di arrivo _____

ritirato da: _____ firma del destinatario _____

Il presente accompagna la/le cornea/e.

Copia del presente va conservata in Banca delle Cornee e in sede di Struttura di Trapianto.

BANCA DELLE CORNEE DELLA REGIONE PIEMONTE
FOGLIO DI TRASPORTO DELLE CORNEE
PER TRAPIANTO

DATA: _____

ORA: _____

QUANTITA' CORNEE: _____ (IN CIFRE) _____ (IN LETTERE)

(da compilarsi a cura della Struttura di Prelievo)

TRASPORTO: (da compilare da parte del mittente e del destinatario)

inviata/e dalla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____

all'azienda _____ a mezzo dell'azienda _____

conducente Sig. _____ firma del conducente _____

data di arrivo _____ ora di arrivo _____

ritirato da: _____ firma del destinatario _____

Modulo per il calcolo dell'emodiluizione

Potenziale Donatore: **COGNOME** **NOME**

ALGORITMO PER IL CALCOLO DELLA EMODILUIZIONE DI UN PAZIENTE CHE HA RICEVUTO SANGUE, COMPONENTI SANGUIGNI O ESPANSORI DEL VOLUME PLASMATICO ENTRO 48 ORE DALLA MORTE

Volume plasmatico (VP):

VP = Peso del paziente / 0.025 = ml.

A. Volume totale di sangue trasfuso entro le 48 ore prima del prelievo di sangue:

Volume di: Concentrato di emazie/48 h. ml.
 Sangue totale/48 h. ml.
 Sospensione di emazie ml.
 Totale A = ml.

B. Volume totale dei colloidi entro le 48 ore prima del prelievo di sangue:

Volume di: Destrano ml.
 Plasma ml.
 Piastrine ml.
 Albumina ml.
 Altro ml.
 ml.
 ml.
 ml.
 Totale B = ml.

Determinazione della possibile emodiluizione:


A + B è maggiore di VP? SI NO

Se la risposta alla domanda è NO è possibile eseguire la sierologia sul siero del potenziale donatore ottenuto al momento della donazione.

Se la risposta alla domanda è SI:

1. è necessario eseguire tutta la sierologia su campione pre-trasfusione del potenziale donatore reperibile in banca del sangue
2. se non è possibile reperire un campione pre-trasfusione:
 - per gli organi eseguire test biomolecolari per HBV, HCV E HIV
 - per i tessuti è necessario scartare il donatore

Firma leggibile del Medico

	A.O.U. S. Giovanni Battista – Torino Coordinamento Regionale Prelievi - Centro Regionale Trapianti	PO 01 ALL 03 Rev. 02 Pag. 1/2 01/06/2011
	Identificazione del donatore: Multitessuto (cornee escluse)	
<ul style="list-style-type: none"> • Originale da conservare in cartella clinica • Inviare, dalla sala operatoria, al termine di tutte le procedure di prelievo al CRT: fax 011 6336529 		

Spazio per il timbro della sede di prelievo

INDISPENSABILE

Cognome e Nome Donatore: _____ **Nato/a il:** _____

PRIMA FASE: applicazione del braccialetto identificativo specifico per la donazione

DOVE	nel reparto di degenza in cui è stato segnalato il donatore
QUANDO	nel momento in cui è stata ottenuta la “non opposizione” alla donazione
DA CHI	dall’infermiere che ha il compito dell’assistenza al donatore
COME	l’infermiere dovrà applicare il “braccialetto del donatore” al polso e indicare: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza (vedere doc. identità o S.D.O.) ed il proprio numero di matricola aziendale, completando il tutto con la propria firma
Numero matricola e firma dell’ infermiere	


SECONDA FASE: al momento del trasferimento presso l’obitorio

DOVE	nel reparto di degenza in cui è stato segnalato il donatore
QUANDO	prima che il donatore sia trasferito presso l’obitorio
DA CHI	dall’infermiere che sovrintende al trasferimento
COME	dovrà verificare: <ul style="list-style-type: none"> ➤ la corrispondenza delle informazioni tra il braccialetto e la cartella clinica: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza, presenza del numero di matricola aziendale e firma dell’operatore che lo ha applicato ➤ presenza della “non opposizione” alla donazione e dell’accertamento di morte
Numero matricola e firma dell’infermiere	

TERZA FASE: ingresso in sala operatoria

DOVE	blocco operatorio
QUANDO	immediatamente dopo l’ingresso nel blocco operatorio
DA CHI	dall’infermiere che prende in consegna il donatore
COME	dovrà verificare: <ul style="list-style-type: none"> ➤ la corrispondenza delle informazioni tra il braccialetto e la cartella clinica: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza, presenza del numero di matricola aziendale e firma dell’operatore che lo ha applicato ➤ presenza della “non opposizione” alla donazione e dell’accertamento di morte
Numero matricola e firma dell’infermiere	

Vedere retro 

	A.O.U. S. Giovanni Battista – Torino Coordinamento Regionale Prelievi - Centro Regionale Trapianti	PO 01 ALL 08 Rev. 02 Pag. 1/2
	Identificazione del donatore: Multiorgano	01/06/2011
<ul style="list-style-type: none"> • Originale da conservare in cartella clinica • Inviare, dalla sala operatoria, al termine di tutte le procedure di prelievo al CRT: fax 011 6336529 		

Spazio per il timbro della sede di prelievo

INDISPENSABILE

Cognome e Nome Donatore: _____ Nato/a il: _____

PRIMA FASE: applicazione del braccialetto identificativo specifico per la donazione

DOVE	nel reparto di degenza in cui è stato segnalato il donatore
QUANDO	nel momento in cui è stata ottenuta la “non opposizione” alla donazione
DA CHI	dall’infermiere che ha il compito dell’assistenza al donatore
COME	l’infermiere dovrà applicare il “braccialetto del donatore” al polso e indicare: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza (vedere doc. identità o S.D.O.) ed il proprio numero di matricola aziendale, completando il tutto con la propria firma
Numero matricola infermiere e firma	


SECONDA FASE: al momento del trasferimento presso la sala operatoria

DOVE	nel reparto di degenza in cui è stato segnalato il donatore
QUANDO	prima che il donatore sia trasferito in sala operatoria
DA CHI	dall’infermiere e dal medico anest. che si occuperanno del trasferimento
COME	entrambi dovranno verificare : ➤ la corrispondenza delle informazioni tra il braccialetto e la cartella clinica: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza, presenza del numero di matricola aziendale e firma dell’operatore che lo ha applicato ➤ presenza della “non opposizione” alla donazione, del verbale di accertamento della morte encefalica e del bollettino necroscopico
Numero matricola medico e infermiere con relative firme	

TERZA FASE: ingresso in sala operatoria

DOVE	blocco operatorio
QUANDO	immediatamente dopo il passaggio di consegne
DA CHI	dall’inf. e dal medico anest. che prendono in consegna il donatore
COME	entrambi dovranno verificare : ➤ la corrispondenza delle informazioni tra il braccialetto e la cartella clinica: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza, presenza del numero di matricola aziendale e firma dell’operatore che lo ha applicato ➤ presenza della “non opposizione” alla donazione, del verbale di accertamento della morte encefalica e del bollettino necroscopico
Numero matricola medico e infermiere con relative firme	

Vedere retro 

	A.O.U. S. Giovanni Battista – Torino Coordinamento Regionale Prelievi - Centro Regionale Trapianti	PO 01 ALL 09 Rev. 02 Pag. 1/2
	Identificazione del donatore: Cornee	01/06/2011
<ul style="list-style-type: none"> • Originale da conservare in cartella clinica • Inviare copia insieme al resto della documentazione alla Banca delle Cornee della Regione Piemonte 		

Spazio per il timbro della sede di prelievo

INDISPENSABILE

Cognome e Nome Donatore: _____ **Nato/a il:** _____

PRIMA FASE: applicazione del braccialetto identificativo specifico per la donazione

DOVE	nel reparto di degenza in cui è stato segnalato il donatore
QUANDO	nel momento in cui è stato ottenuta il "consenso" alla donazione
DA CHI	dall'infermiere che ha il compito dell'assistenza al donatore
COME	l'infermiere dovrà applicare il "braccialetto del donatore" al polso e indicare: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza (vedere doc. identità o S.D.O.) ed il proprio numero di matricola aziendale, completando il tutto con la propria firma
Numero matricola e firma dell' infermiere	

SECONDA FASE: al momento del trasferimento presso l'obitorio

DOVE	nel reparto di degenza in cui è stato segnalato il donatore
QUANDO	prima che il donatore sia trasferito presso l'obitorio
DA CHI	dall'infermiere che sovrintende al trasferimento
COME	dovrà verificare: <ul style="list-style-type: none"> ➤ la corrispondenza delle informazioni tra il braccialetto e la cartella clinica: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza, presenza del numero di matricola aziendale e firma dell'operatore che lo ha applicato ➤ presenza del "consenso" alla donazione e dell'accertamento di morte
Numero matricola e firma dell'infermiere	

TERZA FASE: prima di iniziare il prelievo

DOVE	nel reparto di degenza, in sala operatoria, in obitorio
QUANDO	prima di iniziare il prelievo
DA CHI	dal medico prelevatore
COME	dovrà verificare: <ul style="list-style-type: none"> ➤ la corrispondenza delle informazioni tra il braccialetto e la cartella clinica: cognome, nome, data di nascita, reparto di provenienza, presenza del numero di matricola aziendale e firma dell'operatore che lo ha applicato ➤ presenza del "consenso" alla donazione e dell'accertamento di morte
Ospedale di provenien matricola e firma del medico	

Vedere retro 

Anamnesi donatore

Spazio per il timbro della sede di prelievo

INDISPENSABILE

Cognome e nome donatore: _____ data di nascita: _____

sesto M F Data compilazione: _____ Medico compilatore: _____

Notizie anamnestiche disponibili SI NO _____

Fonte delle notizie anamnestiche _____

Causa di morte sconosciuta: SI NO _____

Il tessuto sarà utilizzabile solo dopo il risultato dell'autopsia

Attività lavorative svolte _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

DONATORE DI SOLO CORNEE → compilare solo le voci poste nei riquadri

NB: le condizioni che escludono la donazione di cornee sono contrassegnate con © in cima al riquadro

DONATORE MULTITESSUTO E DONATORE MULTIORGANO → compilare tutte le voci

Informazioni su eventi pregressi

©	Rischio specifico per HIV/HBV/HCV	SI	NO	
	<ul style="list-style-type: none"> • infusione di fattori della coagulazione di origine umana SI NO • Uso parenterale di sostanze stupefacenti SI NO • Uso non parenterale di droghe esclusa cocaina SI NO • Uso inalatorio di cocaina ultimi 30 giorni SI NO • Detenzione carceraria ultimi 12 mesi SI NO • Comportamento sessuale a rischio partner infetto o a rischio, prostituzione ultimi 12 mesi SI NO • Tatuaggi, piercing, agopuntura ultimi 12 mesi in situazione ... SI NO • Contatto con sangue potenzialmente infetto su mucose/ferite ultimi 12 mesi SI NO 			_____
	Emodialisi cronica	SI	NO	_____
	Vaccini vivi attenuati ultime 4 settimane	SI	NO	_____
	morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla, vaiolo			
	Malattie infettive/veneree pregresse	SI	NO	_____
	Leucemie, mielomi, linfomi pregressi	SI	NO	_____
	Rischio per malattie da prioni:			
	<ul style="list-style-type: none"> • soggetto con Creutzfeld Jakob SI NO • familiari con Creutzfeld Jakob SI NO • soggetti che hanno utilizzato ormoni di derivazione ipofisaria (fino al 1992) SI NO • soggetti sottoposti a allotrapianto di dura madre o a interventi intracranici non specificati SI NO • interventi o trasfusioni in Gran Bretagna dal 1984 al 1996 SI NO 			_____
	Demenza o malattie SNC a eziol. sconos:	SI	NO	_____
	Alzheimer, Sclerosi Multipla, Sclerosi laterale amiotrofica, panencefalite acuta sclerosante, Parkinson, leucoencefalite multifocale progressiva, Guillain Barré			
©	Interventi oculari rifrattivi	SI	NO	_____
	(laser per correzioni disturbi visivi)			
	Pregresso trapianto di organo/cornea /tessuti animali	SI	NO	_____

Anamnesi donatore

Cognome e nome donatore: _____ data di nascita: _____

Viaggi all'estero dettaglio ultimi 6 mesi	SI	NO	_____
-----------------------------------------------------	----	----	-------

Neoplasie pregresse:

dettagliare tipo, sede, terapie, follow up	SI	NO	_____
--------------------------------------------	----	----	-------

Familiarità per neoplasie	SI	NO	_____
----------------------------------	----	----	-------

Interventi chirurgici	SI	NO	_____
------------------------------	----	----	-------

Quali e quando? _____

Fratture e/o interventi ortopedici	SI	NO	_____
-------------------------------------------	----	----	-------

Informazioni su eventi in atto

Ⓒ

Emopatie	SI	NO	_____
-----------------	----	----	-------

Emofilia (omozigote), Gammopatie monoclonali, mielodisplasia, policitemia vera

Sindrome di Reye	SI	NO	_____
-------------------------	----	----	-------

Leucemie, linfomi, mielomi in atto	SI	NO	_____
-------------------------------------------	----	----	-------

Malattie ad eziologia sconosciuta	SI	NO	_____
------------------------------------------	----	----	-------

Malattie autoimmuni e/o collagenopat.	SI	NO	_____
----------------------------------------------	----	----	-------

Intossicazione, ingestione o esposizione	SI	NO	_____
-------------------------------------------------	----	----	-------

a sostanze tossiche	SI	NO	_____
----------------------------	----	----	-------

es. cianuro, piombo, mercurio

Trattamenti immunosoppressivi	SI	NO	_____
--------------------------------------	----	----	-------

Sindrome di Down/Marfan/Noonan	SI	NO	_____
---------------------------------------	----	----	-------

Malattie infettive sistemiche in atto	SI	NO	_____
----------------------------------------------	----	----	-------

batteri, virus, funghi, protozoi, parassiti (indicare se è in corso terapia mirata)

Nefrouropatie	SI	NO	_____
----------------------	----	----	-------

Epilessia	SI	NO	_____
------------------	----	----	-------

Osteoporosi	SI	NO	_____
--------------------	----	----	-------

Irregolarità mestruali	SI	NO	_____
-------------------------------	----	----	-------

Gravidanza in atto	SI	NO	_____
---------------------------	----	----	-------

Aborto recente	SI	NO	_____
-----------------------	----	----	-------

Cardiopatie	SI	NO	_____
--------------------	----	----	-------

Pneumopatie	SI	NO	_____
--------------------	----	----	-------

Epatopatie	SI	NO	_____
-------------------	----	----	-------

Coagulopatie	SI	NO	_____
---------------------	----	----	-------

Diabete	SI	NO	Tipo: _____ dal: _____
----------------	----	----	------------------------

Ipertensione arteriosa	SI	NO	_____
-------------------------------	----	----	-------

Vasculopatia	SI	NO	_____
---------------------	----	----	-------

Patologia prostatica	SI	NO	_____
-----------------------------	----	----	-------

Dislipidemie	SI	NO	_____
---------------------	----	----	-------

Patologie psichiatriche	SI	NO	_____
--------------------------------	----	----	-------

Anoressia/bulimia	SI	NO	_____
--------------------------	----	----	-------

Etilismo cronico	SI	NO	_____
-------------------------	----	----	-------

Tabagismo	SI	NO	sigarette/die: _____ dal: _____ al: _____
------------------	----	----	-------------------------------------------

Uso di farmaci	SI	NO	se sì, quali _____
-----------------------	----	----	--------------------

Trattamenti chemio-radioterapici	SI	NO	_____
-----------------------------------------	----	----	-------

Malattie veneree in atto	SI	NO	_____
---------------------------------	----	----	-------

Esantemi in familiari conviventi	SI	NO	_____
-----------------------------------------	----	----	-------

Endocardite in atto	SI	NO	_____
----------------------------	----	----	-------

Neoplasia in atto	SI	NO	_____
--------------------------	----	----	-------

Firma: _____

Inviare via fax al 011 633 6529

Esame obiettivo donatore

Cognome e nome donatore _____ data di nascita _____

ISPEZIONE LINFONODI SUPERFICIALI

- Laterocervicali Ingranditi SI NO _____
- Sovraclaveari Ingranditi SI NO _____
- Ascellari Inguinali Ingranditi SI NO _____

PROSTATA

- Esplorazione rettale SI NO _____
 (da eseguire su qualunque donatore maschio)

FRATTURE

- Esposte (Sede) SI NO _____
- Non Esposte (Sede) SI NO _____
- Infezioni tessuti muscolo scheletrici SI NO _____

Esclusivamente per donatore multi-organo

◊→ PALPAZIONE ADDOMINALE

- Normale SI NO _____

◊→ SECREZIONI BRONCHIALI

- Tipologia Mucose Mucopurulente Purulente Ematiche
- Quantità Scarse Abbondanti

◊→ VASI SANGUIGNI

- Flebiti e arteriti SI NO _____
- Varici arti inferiori SI NO _____

Firma: _____

Inviare via fax al 011 633 6529