



SCHEDA INFORMATIVA PRELIEVO
TESSUTI N°



C
O
M
P
I
L
A
R
E
D
A
P
A
R
T
E
D
E
L
C
O
R
D
I
N
A
M
E
N
T
O

Centro di Prelievo _____

pag. 1 di 6

Sez.1 Notizie generali sul Donatore

C.F. o similare _____

Cognome e nome _____

Sesso M F

Nato/a il:

Luogo di nascita _____

Residente a _____

Pr. _____

Se arresto cardiocircolatorio Data del decesso Ora _____ Se multiorgano Data Ora _____

Data del ricovero in _____ Reparto del Decesso _____

Data del prelievo Ora _____ Reparto/Luogo _____

Salma sottoposta ad autorità giudiziaria NO passare a sez.2 SI precisare

Autorizzazione al prelievo fornita dal Magistrato _____

Data Ora _____

Sez.2 Richiesta autopsia

No passare a sez.3 Si precisare Luogo _____ Data Eseguita da _____

Risultati _____

Comunicati da _____

Data Ora _____

Operatore _____

Sez.3 Diagnosi

Causa iniziale _____

Complicanze _____

Causa terminale _____

Sez 4 Ispezione fisica

Negativa Positiva (precisare) Eruzioni cutanee _____ Tatuaggi _____ Piercing _____

Segni di iniezioni non compatibili con la degenza Altro _____

Sez. 5 Trasfusioni

Il donatore ha ricevuto emotrasfusioni nelle 48 ore precedenti il prelievo del campione di sangue? No Si

Infusioni di colloidali nelle 48 ore precedenti? No Si Di cristalloidi nell'ora precedente? No Si

Compilare il MODULO DI EMODILUIZIONE (pag.2)



SCHEDA INFORMATIVA PRELIEVO
TESSUTI N°



C
O
M
P
I
L
A
R
E

D
A
P
A
R
T
E

D
E
L

C
O
O
R
D
I
N
A
M
E
N
T
O

Modulo di Emodiluzione

Pag. 2 di 6

DONATORE: _____

Applicare l'algoritmo per il calcolo dell'emosiluzione solo se il donatore presentava un'emorragia interna o esterna nota o sospetta, o se il donatore aveva un'età uguale o inferiore a 12 anni. Le emorragie intracerebrali o subaracnoidee non vanno considerate.

Peso del donatore: _____ Kg

Volume del Plasma (VP) = Peso del donatore (Kg) _____ ÷ 0,025 = _____ ml

Volume del Sangue (VS) = Peso del donatore (Kg) _____ ÷ 0,015 = _____ ml

A. Emoderivati trasfusi entro 48 ore prima del prelievo di sangue.
Globuli rossi, sangue intero, sangue ricostituito, emazie concentrate, sangue autologo conservato.

| Data | Ora | Prodotto | Quantità (ml) |
|------|-----|----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Subtotale A. _____ ml

B. Colloidi infusi entro 48 ore prima del prelievo di sangue.
Plasma, frazioni del plasma, destrano, piastrine, albumina, sol. proteiche.

| Data | Ora | Prodotto | Quantità (ml) |
|------|-----|----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Subtotale B. _____ ml

C. Cristalloidi infusi entro 1 ora prima del prelievo di sangue.
Sol. fisiologica, glucosio, sol. di Ringer, sol. di aminoacidi, mannitolo.

| Data | Ora | Prodotto | Quantità (ml) |
|------|-----|----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Subtotale C. _____ ml

Determinazione dell'idoneità del campione di sangue.

1. B + C = _____ ml La somma B + C è inferiore al volume del plasma (VP) ? Si No

2. A + (B + C) = _____ ml La somma A + B + C è inferiore al volume del sangue (VS) ? Si No

Se le risposte ad entrambe le domande 1 e 2 sono SI', il campione di sangue È IDONEO per sierologia.
Se una delle due risposte è NO, il campione di sangue prelevato NON È IDONEO per sierologia.

Conclusioni

- Il campione di sangue È IDONEO all'esecuzione di test sierologici.
- Il campione di sangue NON È IDONEO all'esecuzione di test sierologici.
È necessario reperire un campione di sangue pre-trasfusione/infusione



SCHEMA INFORMATIVA PRELIEVO



TESSUTI N°

C
O
M
P
I
L
A
R
E
E
D
A
P
A
R
T
E
D
E
L
C
O
O
R
D
I
N
A
M
E
N
T
O

Sez. 7 Anamnesi patologica

Donatore

pag 3 di 6

Verificare le seguenti condizioni:

| SI | NO | | SI | NO | | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Morte per causa sconosciuta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sieropositività HIV 1 e 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rosolia congenita |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Malattia di Creutzfeldt-Jakob o encefalopatia spongiforme trasmissibile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sifilide in fase attiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Malaria o altre malattie protozoarie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CJD in consanguinei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infezione da HTLV-I, HTLV-II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leucemia, linfoma, mieloma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Malattie del sistema nervoso centrale di origine sconosciuta (es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | AIDS o gruppi a rischio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trapianto di organo solido o tessuto |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demenza (non secondaria a patologia cerebrovascolare, tumore, trauma; es. S. di Alzheimer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Segni suggestivi di sarcoma di Kaposi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emodialisi cronica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. di Parkinson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avvelenamento da monossido di carbonio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Innesti di dura madre non sintetica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sindrome di Reye | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Setticemia attiva (batteriemia, fungemia, viremia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trattamento con ormone della crescita estratto da ipofisi umane |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sindrome di Guillain-Barré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Endocardite batterica o fungina attiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Immunosoppressione sistemica cronica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Panencefalite subacuta sclerosante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infezioni opportunistiche o sepsi localizzata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perdita di peso inspiegata |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leucoencefalopatia multifocale progressiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patologie intrinseche dell'occhio: retinoblastoma, tumore maligno del segmento anteriore, adenocarcinoma primitivo o metastatico, infiammazione oculare attiva, patologie oculari congenite o acquisite che pregiudicano l'utilizzo del tessuto (cheratocono, cheratogloblo, cicatrici corneali in zona ottica, pterigio, sindrome di Marfan, Noonan, Down) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Linfoadenopatia inspiegata da più di un mese |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Encefalite virale attiva, o di origine sconosciuta, o encefalopatia progressiva | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epatomegalia di causa sconosciuta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningite | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ittero di causa sconosciuta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poliomielite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pregressa chirurgia oculare o del segmento anteriore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudorazioni notturne |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epatite virale attiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubercolosi in fase attiva o entro sei mesi dall'inizio del trattamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea persistente inspiegata |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sieropositività HBsAg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Interventi intracranici non specificati | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tosse o dispnea persistente e inspiegata |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sieropositività epatite C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rabbia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ipergammaglobulinemie non indagate |

Note o notizie ulteriori :



**SCHEDA INFORMATIVA PRELIEVO
TESSUTI N°**



C
O
M
P
I
L
A
R
E

D
A

P
A
R
T
E

D
E
L

C
O
R
D
I
N
A
M
E
N
T
O

**Sez. 8 ANAMNESI SOCIALE RELATIVA
AL DONATORE:**

pag.4 di 6

| | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Il donatore presentava disturbi cognitivi, del coordinamento, della parola o mioclonie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. E' mai stata riscontrata una sieropositività per HIV o una infezione da HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Negli ultimi 5 anni : - ha assunto sostanze stupefacenti mediante iniezioni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - è stato dedito alla prostituzione? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - se maschio, ha avuto rapporti omosessuali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ha ricevuto trattamenti con fattori della coagulazione di derivazione umana, per emofilia o patologie correlate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Negli ultimi 12 mesi, è stato esposto a sangue sospetto o infetto da virus dell'epatite B, C o HIV tramite punture accidentali o contatto tramite zone di cute lesa o mucose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ha ricevuto trasfusioni con sangue non certificato? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. E' stato detenuto in carcere per più di 72 ore consecutive negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha avuto rapporti sessuali con persone descritte nei punti 2-3-5, o con persone sospettate di essere affette da epatite B, C o infezione HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ha avuto contatti stretti con persone affette da epatite virale negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. È stato trattato per malattie veneree negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Si è sottoposto a pratiche di tatuaggio, <i>piercing</i> o agopuntura con condivisione di strumenti chirurgici negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. È stato sottoposto a trattamento laser per la correzione di difetti visivi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Per donatori pediatrici: | | |
| a. ha un'età ≤ a 18 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. appartiene a una delle categorie elencate sopra? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. è nato da madre con infezione HIV, o appartenente a una delle categorie 2-10? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. è stato allattato al seno negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cognome e nome di chi ha compilato il questionario: _____

Data:

Firma _____

Informativa ai sensi del D.L. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Con riferimento alle disposizioni della suddetta legge, si precisa quanto segue:
le operazioni di trattamento dei dati personali avvengono rispettando i principi di riservatezza e sicurezza richiesti dalla legge sopra richiamata, ed ispirandosi a principi di deontologia professionale che la Banca degli occhi ha fatto propri. I dati utilizzati per ricerca scientifica o statistica sono trattati in modo anonimo; il trattamento avviene utilizzando sia mezzi elettronici che supporti cartacei.



SCHEDA INFORMATIVA PRELIEVO
TESSUTI N°



C
O
M
P
I
L
A
R
E
D
A
P
A
R
T
E
D
E
L
C
O
O
R
D
I
N
A
M
E
N
T
O

Sez: 6 Principali farmaci somministrati

Pag.5 di 6

Donatore:

Il donatore è stato sottoposto a respirazione assistita ? NO SI Per quanto tempo? _____

Temperatura corporea negli ultimi 10 giorni: normale 37°C - 38,6°C > 38,6°C

Causa e durata febbre (se nota)

Risultati di eventuali esami colturali: Sangue _____

Espettorato _____

Altro: _____

Procedura di mantenimento dei tessuti oculari Si No

Refrigerazione salma No Si Data inizio Ora inizio _____ Ora fine _____

NOTE:

Identificazione delle fonti : _____

Sanitario del Coordinamento che ha raccolto i dati: Medico Infermiere Qualificato

Data Firma.....



SCHEDA INFORMATIVA PRELIEVO
TESSUTI N°



DONATORE:

Pag. 6 di 6

C
O
M
P
I
L
A
R
E
D
A
P
A
R
T
E
D
E
I
M
E
D
I
C
I
P
R
E
L
E
V
A
T
O
R
I
O
P
E
R
A
N
T
C
O
R
I

Sez. 9 Ispezione tessuti oculari

OD (descrivere se alterato)

OS (descrivere se alterato)

Palpebre normale OD OS _____

Congiuntiva normale OD OS _____

Sclera normale OD OS _____

Cornea normale OD OS _____

Iride normale OD OS _____

Cristallino normale OD OS Fachico Pseudofachico Afachico --Fachico Pseudofachico Afachico

Note: _____

Identificazione del donatore effettuata tramite:

Sez. 10 Prelievo

Bulbo oculare OD OS Cornea OD OS

Campione di sangue inviato NO SI tipo premortem postmortem pretrasfusioni
 posttrasfusioni

Modulo di consenso alla donazione allegato da richiedere alla struttura competente

Il medico sottoscritto, dichiara: di aver controllato i dati clinici raccolti e l'identità del donatore, di aver verificato l'esistenza delle condizioni stabilite dalla vigente normativa riguardanti la manifestazione di volontà alla donazione e l'accertamento di morte, secondo le linee guida del CNT.

Medico incaricato del prelievo _____

Data Ora _____ Firma _____

Sez. 11 Esami sierologici

Tipo di campione Pre mortem Post mortem Pre trasfusioni Post trasfusioni

Data referto: (vedi allegato) Note:

Cognome e nome: _____ Firma _____

Informativa ai sensi del D.L. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Con riferimento alle disposizioni della suddetta legge, si precisa quanto segue:

- i dati personali dei donatori, conferiti alla Banca degli occhi, sono oggetto di trattamento manuale ed informatico, per il perseguimento dei seguenti scopi statutari:
 1. selezione del donatore e assegnazione del tessuto a scopo di trapianto;
 2. possibilità di rintracciare in modo inequivocabile e permanente il donatore del tessuto assegnato ad un particolare ricevente;
 3. finalità statistiche e scientifiche;
- le operazioni di trattamento dei dati personali avvengono rispettando i principi di riservatezza e sicurezza richiesti dalla legge sopra richiamata, ed ispirandosi a principi di deontologia professionale che la Banca degli occhi ha fatto propri. I dati utilizzati per ricerca scientifica o statistica sono trattati in modo anonimo;
- il trattamento avviene utilizzando sia mezzi elettronici che supporti cartacei