



AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE  
ROMA G

Direzione Sanitaria Aziendale  
Coordinamento Locale per la  
donazione e il prelievo di  
organi e tessuti

### COMUNICAZIONE DI CONSTATATO DECESSO

- Copia da inoltrare immediatamente alla Banca degli Occhi : tel. 06/77055952  
FAX 06 77055844 previo contatto telefonico
- Copia da trasmettere al Coordinamento Locale donazioni e trapianti  
FAX 06 97223430-0697223215

Si dichiara che il/la Sig.....residente a.....

Nat...a.....il.....ricoverato il.....

Decedut ...il.....alle ore.....nel reparto di.....

A causa di.....

è idoneo/a per la donazione delle cornee secondo i principali requisiti di idoneità:

- a) Pazienti di età compresa tra 3 e 80 anni
- b) Pazienti deceduti per cause diverse da :
  - Infezioni da HIV,HCV,HBV.
  - Linfoma, leucemia,mieloma.
  - Malattie del SNC ad eziologia sconosciuta  
( S. di Guillain Barrè, Alzheimer, Parkinson,  
panencefalite subacuta sclerosante, leucoencefalopatia  
multifocale progressiva, encefalite subacuta e neuromielite  
ottica )
  - cataratta
  - Infezioni multi resistenti
  - Presenza di acinetobacter
  - Morti violente (suicidi, omicidi)

SEPSI : si  no  N.B. La presenza di sepsi non è motivo di non idoneità per la possibilità di conservare il tessuto corneale in terreno di coltura e di procedere agli esami microbiologici.

non è idoneo/a per la donazione delle cornee per i seguenti motivi.....

Data ..... ora.....firma del Medico che constata il decesso.....

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA G  
Via Tiburtina, 22/A - 00019 Tivoli RM

Corso Garibaldi, 7 - 00034 Colferro RM  
tel.: 06.97223437 - fax: 06.97223436  
C.F. Part. IVA 04733471009  
info@aslrmg.fbhe.it  
www.aslromag.it



Regione Lazio