

**REPORT IDONEITÀ'/NON IDONEITÀ' DEL DONATORE**

<b>COGNOME</b>		
<b>NOME</b>		
<b>STRUTTURA OSPEDALIERA</b>		
<b>REPARTO</b>		
<b>DATA NASCITA:</b>		
<b>LUOGO:</b>		
<b>RESIDENZA:</b>		
<b>SESSO</b> <b>F</b> <b>M</b>		
<b>TEL. FAMILIARE:</b>		
<b>CONIUGE</b>		
<b>FIGLI</b>		
<b>ALTRO</b>		
<b>DATA DEL RICOVERO</b>		
<b>DATA DEL DECESSO</b>		
<b>ORA DEL DECESSO</b>		
<b>CAUSA DECESSO</b>		
<b>ORA CHIAMATA</b> <b>COORD.AZIENDALE</b> <b>DOT</b>		
<b>IDONEITÀ</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>SE NO PERCHÉ</b>		
<b>ECG ( 20 MIN) AGLI ATTI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
 <b>FIRMA LEGGIBILE DI CHI COMPILA IL REPORT</b>		