

**CHECK LIST di PRELIEVO TESSUTO CORNEALE**

**STRUTTURA OSPEDALIERA .....**

**DONATORE ..... CC..... DATA .....**

**PRIMA DEL PRELIEVO**

		SI	NO
<b>ME. PRELEV.</b>	1. Identificazione della salma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Cartellino identificativo e/o braccialetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COORDINAMENTO</b>	1. Verifica cartella clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Verifica corrispondenza dati anagrafici e compilazione documentazione clinica (allegato 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Presenza ECG 20min completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Verifica DICHIARAZIONE di NON opposizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Prelievo ematico eseguito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. inserimento dati GEDON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**l'Inf.re di Coordinamento**

**Il Medico Prelevatore**

.....

.....

**COORDINAMENTO**

**Dopo il prelievo**

1. verifica composizione della salma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. verifica compilazione documenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. riconsegna c. clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. archiviazione copia documentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**l'Inf.re di Coordinamento**

.....