



SCHEDA SEGNALAZIONE POTENZIALE DONATORE DI ORGANI

SEGNALAZIONE del Data

Ora

CIR/CRR	Ospedale:	Città:
Medico referente:	Telefono:	Fax:
Segnalazione di <input type="checkbox"/> Reni <input type="checkbox"/> Cuore <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Fegato-Split <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Pancreas <input type="checkbox"/> Polmoni		

DONATORE

COGNOME	NOME		
Comune di nascita:	Regione di Nascita:		
Data di nascita:	Età:	Sesso:	Regione di Residenza:
GRUPPO AB0		Rh	

DATI ANTROPOMETRICI

Peso	Altezza
Circonf. Toracica Transmamillare.	Distanza Giugulo-Xifoidea
Circonf. Toracica Margino Costale inf.	Distanza Acromion-Margino costale inf.
Circonf. Addominale Ombelicale	Distanza Aromion Giugulo

DECORSO CLINICO

Causa della Morte Encefalica:		
Sede del primo ricovero:	Data:	Ora
Ricovero nell'attuale rianimazione	Data:	Ora
Intubazione tracheale	Data:	Ora
Patologia traumatica associata <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Quale		
Interventi chirurgici associati <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Quali		
Inizio Accertamento Morte Encefalica	Data	Ora: Arresto Cardiaco (Ora):
Idoneità al prelievo	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Causa:
Annotazioni cliniche:		

AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO

Opposizione manifestata in vita	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> da verificare nel SIT
Opposizione dei familiari al prelievo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> da verificare
Nulla osta della Procura	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> non necessario