



ALLEGATO "A"/2

RICHIEDITA DI PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PER ACCERTAMENTO SICUREZZA DONATORI DI ORGANO

DA	RICHIEDENTE: _____ RAGIONE SOCIALE (SE DIVERSA DAL RICHIEDENTE): _____ INDIRIZZO: _____ PARTITA IVA: _____
A	ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE "LAZZARO SPALLANZANI" - "I.R.C.C.S."

Identificazione del potenziale donatore: cognome _____

Nome _____ data di nascita _____

RICHIEDITA	Esami inclusi nel pannello (contrassegnare quelli richiesti)
<input type="checkbox"/> Donatore Adulto	HIV (anticorpi) HCV (anticorpi) HBV (antigeni, anticorpi, anti-core su prelievo di sangue possibilmente pre-trasfusione) HDV (nei pazienti HBsAg positivi) TPHA o altro test treponemico di screening (VDRL o RPR se positivo il test di screening) HIV-RNA HCV-RNA HBV-DNA CMV (anticorpi IgG e e IgM (NB: si può eseguire anche dopo il trapianto) HSV-1 e 2 (anticorpi IgG (NB: si può eseguire anche dopo il trapianto) EBV (anticorpi VCA-IgG e EBNA (NB: si può eseguire anche dopo il trapianto) VZV (anticorpi IgG (NB: si può eseguire anche dopo il trapianto) Toxoplasma (anticorpi- NB: si può eseguire anche dopo il trapianto)
<input type="checkbox"/> Donatore Pediatrico	HIV (anticorpi) HCV (anticorpi) HBV (antigeni, anticorpi, anti-core su prelievo di sangue possibilmente pre-trasfusione) HDV (nei pazienti HBsAg positivi) TPHA o altro test treponemico di screening (VDRL o RPR se positivo il test di screening) HIV-RNA HCV-RNA HBV-DNA CMV (anticorpi IgG e e IgM) EBV (anticorpi VCA-IgG e EBNA) HSV-1 e 2 (anticorpi IgG (NB: si può eseguire anche dopo il trapianto) VZV (anticorpi IgG (NB: si può eseguire anche dopo il trapianto) Toxoplasma (anticorpi- NB: si può eseguire anche dopo il trapianto)
<input type="checkbox"/> Esami infettivo logici aggiuntivi	Specificare _____

Inviare la risposta al seguente numero di fax: _____

II MEDICO RICHIEDENTE _____ DATA _____



Istituto Nazionale
per le Malattie Infettive
"L. Spallanzani"



CENTRO
REGIONALE
TRAPIANTI
LAZIO

Modello n.2

MESSAGGIO TELEFAX	
Destinatario:	Dirigente Lab. Virologia Padiglione Baglivi INMI "Lazzaro Spallanzani"
Telefono:	06.55170666 ; 06.55170674
Fax:	06 5594555
Mittente:	Centro Regionale per i Trapianti Regione Lazio Cir.ne Gianicolense , 87 - 00152- Roma
Telefono:	06.5870-4703-4281-4473
Fax:	06. 58704239
Oggetto:	Donazione d'organi - Informazioni
Data:	
Pagine inclusa questa copertina:	1
<p>Cognome..... Nome.....</p> <p>Data di nascita..... Luogo di nascita</p> <p>Ricoverato presso il Servizio di Terapia Intensiva</p> <p>dell'Ospedale</p> <p>Data del prelievo</p> <p>Emodiluizione <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Trasfusione di emocomponenti <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Trattamento eparinico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Si allegano i referti delle ricerche virologiche eseguite durante il ricovero: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p style="text-align: right;">Il Medico del CRT Lazio</p>	