



*Nord  
Italia  
Transplant*

## **Centro Interregionale di Riferimento**

### **Cartella sanitaria per il trapianto di rene**

#### **ISCRIZIONE IN LISTA DI ATTESA**

Presentazione del paziente (Parte riservata al centro dialisi di provenienza)

Codice fiscale.....(allegare copia)      Codice Paziente.....(parte riservata al NITp).

Cognome (°°).....	Nome.....	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato/a a (Prov.).....	il.....	Scolarità (*).....
Comune di Residenza.....		CAP.....
Via.....		Tel.....
Altra reperibilità.....		Tel.....
Attività lavorativa precedente.....		<input type="checkbox"/> Non lavorava
Attività lavorativa attuale.....		<input type="checkbox"/> Non lavora
(** allegare copia documento d'identità)		

Gruppo sanguigno ABO.....Rh.....(allegare copia)

Il/la Sottoscritto/a.....  
(Cognome e Nome)

Autorizza il Centro Dialisi a trasmettere i dati contenuti in questa cartella al Centro Interregionale di Riferimento del NITp per l'immissione in lista d'attesa per il trapianto di rene. Acconsento al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196 del 30.06.2003.

Centro di Provenienza.....

Centro Trapianto scelti : 1.....  
2.....

Data ...../...../.....

Firma del paziente o del Tutore.....

MOD.2208 G

Rev. 2

Data 21/03/2007

Sede: **Dipartimento di Medicina Rigenerativa Immunologia dei Trapianti di Organi e Tessuti**  
Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Via F. Sforza 35 - 20122 Milano  
Telefoni: 02.5503.4015-4006-4011-4003-4238-4237 Cellulare del Reperibile: 335.8004.230  
Telefax: 02.5501.2573 (h 24,7/7) - 02.5503.4086 (lun.-ven. dalle 8.00 alle 17.00)  
e-mail: [info@nitp.org](mailto:info@nitp.org) website: <http://www.nitp.org>

### ANAMNESI PATALOGICA (\*)

( Parte riservata al Centro Dialisi di provenienza)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(\*) Allegare anamnesi dettagliata /1-2 pagine) stilata e firmata dal medico responsabile della dialisi.

### ANAMNESI NEFROLOGIA E DIALITICA

#### Malattia renale primitiva

Tipo.....data inizio...../...../.....

Conferma istologica  NO  SI .....diuresi residua (ml/24h).....

#### Trattamento sostitutivo

Tipo 1.Emodialisi 2.Dialisi peritoneale

Data di inizio...../...../..... vie di accesso vascolare  catetere centrale  fistola

Eventuali complicanze ( negli ultimi 6 mesi)  NO  SI ( quali).....

#### Interventi chirurgici pregressi:

Nefrectomia  NO  SI ..... Destra [D] ...../...../..... Sinistra [S]...../...../..... Bilaterale [B] ...../...../.....  
( data ) ( data ) ( data )

Altri.....  
.....

Note.....  
.....

### ANAMNESI IMMUNOLOGIA

Sieroterapia o vaccinazioni recenti ( ultimo anno ) quali.....

Gravidanze e/o aborti  NO  SI n°.....data dell'ultimo ...../...../.....

Trasfusioni  NO  SI n°.....data dell'ultimo...../...../.....

Precedenti trapianti  NO  SI n°.....data dell'ultimo...../...../.....luogo.....(allegare HLA donatore)

Espianti  NO  SI n°.....data dell'ultimo...../...../.....

Note.....  
.....  
.....

### ESAME OBIETTIVO

Peso secco.....(Kg) Statura.....(cm) Pressione Arteriosa...../.....(mmHg)

#### Terapia

.....  
.....  
.....  
.....



