



**FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"**  
**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico**  
C.F. 00303490189 - P. IVA 00580590180  
V.le Golgi, 19 - 27100 PAVIA  
Tel. 0382 5011

# **CENTRO TRAPIANTO DI RENE / PANCREAS**

## **CARTELLA CLINICA TRAPIANTO DI RENE**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Emogruppo \_\_\_\_\_

Allergie

---

---

Trattamento antiaggregante/anticoagulante

---

---

HBsAg POS   
HCV POS   
HIV POS

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

SESSO M F **ETA'** \_\_\_\_\_

NATA/O IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

NUMERI DI TELEFONO

CASA	
LAVORO	
CELLULARE	
ALTRO _____	
ALTRO _____	

ATTIVITA' LAVORATIVA \_\_\_\_\_

DONATORE VIVENTE DISPONIBILE:

\_\_\_\_\_

CENTRO DIALISI \_\_\_\_\_

INDIRIZZO CENTRO \_\_\_\_\_

TELEFONO CENTRO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

MEDICO REFERENTE \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

GIA' IN LAT PRESSO IL CENTRO DI

\_\_\_\_\_

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA INVIARE IN ALLEGATO:**

ANAMNESI FAMILIARE, PATOLOGICA, FARMACOLOGICA, TRASFUSIONALE

**PROBLEMI PSICHIATRICI/COMPORAMENTALI**

Anamnestici

---

---

Attuali

---

---

---

**NEFROPATIA DI BASE** \_\_\_\_\_

EVENTUALI TRATTAMENTI IMMUNOSOPPRESSIVI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATA INIZIO DIALISI** \_\_\_\_\_

TIPO DIALISI \_\_\_\_\_

DIURESIS RESIDUA \_\_\_\_\_ ml/24h

GIORNI DI DIALISI: L M M G V S

ALTEZZA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

INDICE DI MASSA CORPOREA (BMI INDEX): \_\_\_\_\_ (peso/altezza in metri<sup>2</sup>)

(se uguale a 30 -valore indicativo di obesità- il paziente dovrà rientrare nel limite prima di iniziare gli esami di screening)

**PRECEDENTI TRAPIANTI:** (allegare lettere di dimissione e **tipizzazione del donatore**)

Data I trapianto \_\_\_\_\_

Causa cessazione funzione \_\_\_\_\_

Data espianto \_\_\_\_\_

**QUADRO INFETTIVOLOGICO** (gli esami devono essere eseguiti nei **6 mesi** precedenti

l'invio)

	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>		
HbsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HBsAb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HbcAb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HbcAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
antiHCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HCV-RNA (se anti-HCV positivo)	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>			
Genotipo virale HCV				
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HerpesSimplexVirus 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HerpesSimplexVirus 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VaricellaZosterVirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Toxoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Screening sifilide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mantoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO COMPILATORE**

## **VALUTAZIONE IPERPARATIROIDISMO**

### **ALLEGARE:**

- PTH, calcemia, fosforemia, fosfatasi alcalina
- RX OSSA per riassorbimento (mano)
- ECOGRAFIA PARATIROIDI (se PTH > 300 pg/ml)

## **VALUTAZIONE CARDIO-VASCOLARE**

### **ALLEGARE:**

- ECG + PARERE CARDIOLOGICO PER ASSENZA DI CONTROINDICAZIONI A INTERVENTO CHIRURGICO
- ECOCARDIOGRAMMA
- SCINTIGRAFIA MIOCARDICA con test al dipiridamolo o in alternativa ECOSTRESS alla dobutamina (PAZIENTI DIABETICI E/O ≥55 ANNI e/o ETA' DIALITICA >5 ANNI)
- RX CORONAROGRAFIA per pazienti diabetici (da valutare con il centro trapianti):
- ECODOPPLER ARTERIOSO: ASSE ILIACO FEMORALE, AORTA ADDOMINALE, ARTI INFERIORI e TRONCHI SOVRAAORTICI
- ECODOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI

## **VALUTAZIONE APPARATO RESPIRATORIO**

### **ALLEGARE:**

- RX TORACE
- PROVE DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA
- VISITA PNEUMOLOGICA (se prove funzionali alterate)

## **VALUTAZIONE APPARATO GASTROENTERICO**

### **ALLEGARE:**

- ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA con ricerca di H.P. su tessuto (se presente **eradicare** e ricontrollare con breath test, prima di inviare a consultazione):
- RX ADDOME (due proiezioni)
- ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
- PANCOLONSCOPIA (per età > 50 anni, nefropatia policistica, anamnesi dubbia per diverticolite, familiarità K colon)

- TAC ADDOME CON CONTRASTO (per nefropatia policistica, anamnesi positiva per più di tre infezioni peritoneali o in caso di pregresse peritoniti fungine o da Pseudomonas)

### **SCREENING ONCOLOGICO**

#### **ALLEGARE:**

- SANGUE OCCULTO FECALE (su 3 campioni)
- PAP-TEST
- PSA TOTALE E LIBERO
- VISITA GINECOLOGICA CON ESAME DEL SENO
- RX MAMMOGRAFIA (per donne >50 anni; ≥35 anni se neoplasia al seno in parente di I grado)
- ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE (per ≥50 anni e/o PSA > 4 ng/ml)

### **VALUTAZIONI ALTRI APPARATI**

#### **ALLEGARE:**

- RX URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE (sostituibile con ecografia vescicale con studio post-minzionale in presenza di nefropatie parenchimali con diuresi conservata > 500 cc e minzione normale)
- ORTOPANTOMOGRAMMA DENTARIA
- VISITA ODONTOIATRICA E CONCLUSIONE DELLA BONIFICA
- ANGIO TC ENCEFALO (per pazienti affetti da ADPKD)

### **EVENTUALI ALTRI ACCERTAMENTI RICHIESTI DAL MEDICO CURANTE:**

#### **ALLEGARE I REFERTI**