



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

DONATORE DI RENE

PER TRAPIANTO DA VIVENTE

Cognome _____

Nome _____

Allergie

Trattamento antiaggregante/anticoagulante

COGNOME e NOME _____

SESSO M F

ETA' _____

NATA/O IL _____

A _____ ()

RESIDENTE A _____ ()

CAP _____

VIA _____

NUMERI DI TELEFONO

CASA	
LAVORO	
CELLULARE	
ALTRO _____	
ALTRO _____	

ATTIVITA' LAVORATIVA _____

RELAZIONE SOCIALE CON POTENZIALE RICEVENTE _____

MEDICO REFERENTE _____

RECAPITO _____

DATA COMPILAZIONE _____

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALLA DONAZIONE:

- **età <18 anni**
- **neoplasie maligne in atto o pregresse**
- **familiarità per malattie renali genetiche**
- **abuso di droghe**
- **infezioni in atto, acute o croniche**
- **ipertensione arteriosa:** donatori ipertesi in politerapia pur senza danno d'organo, ipertesi in monoterapia con evidenza di danno d'organo.
- **diabete mellito di tipo 1 e 2 in atto**
- **anamnesi di malattia cardiovascolare aterosclerotica**

DOCUMENTAZIONE DA INVIARE IN ALLEGATO:

ANAMNESI FAMILIARE, PATOLOGICA, FARMACOLOGICA, TRASFUSIONALE.

ACCERTAMENTI

ACCERTAMENTI DI 1°LIVELLO: UNA VOLTA TERMINATI TALI ACCERTAMENTI, INVIARE LA DOCUMENTAZIONE PER LA VALUTAZIONE PRELIMINARE **PRIMA** DI PASSARE AI SUCCESSIVI.

ACCERTAMENTI DI 2°LIVELLO: UNA VOLTA TERMINATI TALI ACCERTAMENTI, INVIARE LA DOCUMENTAZIONE PER LA VALUTAZIONE PRELIMINARE **PRIMA** DI PASSARE AI SUCCESSIVI.

ACCERTAMENTI DI 3°LIVELLO

ACCERTAMENTI DI 1°LIVELLO

QUADRO IMMUNOLOGICO

EMOGRUPPO (da allegare)

ESAMI EMATOCHIMICI

FUNZIONE RENALE e ELETTROLITI

(allegare 2 determinazioni da eseguire a distanza di 15 giorni l'una dall'altra)

Creatininemia

Urea

A. urico

Creatininuria

Clearance della creatinina

Microalbuminuria

Proteinuria quantitativa

Sodiemia

Potassiemia

Sodiuria

Potassiuria

Calcemia

Fosforemia

Esame urine + esame del sedimento

OMEOSTASI GLUCIDICA

Glicemia a digiuno

Glicosuria

Emoglobina glicata (singola determinazione)

FUNZIONE EPATICA

Bilirubina totale

Bilirubina diretta

Colinesterasi

GOT

GPT

γGT

Fosfatasi Alcalina

Elettroforesi sieroproteica

FUNZIONE PANCREATICA

Amilasi

Lipasi

PANNELLO LIPIDICO

Colesterolo totale

Colest. HDL

Colest. LDL

Trigliceridi

ALTRI

Esame emocromocitometrico con formula leucocitaria

Tempo di protrombina

INR

PTT

Fibrinogeno

Test di Ivy

Antitrombina III

Proteina C

Proteina S

VES

PCR

MARKERS NEOPLASTICI

CEA

αFP

PSA LIBERO E TOTALE

Ricerca di sangue occulto fecale (3 campioni)

ALTRI

bHCG

TSH

FT4

PTH

QUADRO INFETTIVOLOGICO (allegare originali)

	POSITIVO	NEGATIVO
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"/>
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"/>
HHV8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urocoltura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coprocoltura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esame coproparassitologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO COMPILATORE

VALUTAZIONI SPECIALISTICHE E ESAMI STRUMENTALI (allegare)

- ECG + PARERE CARDIOLOGICO PER ASSENZA DI CONTROINDICAZIONI A INTERVENTO CHIRURGICO
- ECOCARDIOGRAMMA
- ECODOPPLER ARTERIOSO: ASSE ILIACO FEMORALE, AORTA ADDOMINALE, ARTI INFERIORI e TRONCHI SOVRAAORTICI
- RX TORACE
- RX ADDOME (due proiezioni)
- ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
- PAP-TEST
- 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)

ACCERTAMENTI DI 2° LIVELLO (da allegare)

- TIPIZZAZIONE HLA DONATORE)
- TIPIZZAZIONE HLA RICEVENTE (da allegare)
- CROSS-MATCH DONATORE- RICEVENTE (da allegare)
- PROFILO IMMUNOLOGICO (se necessario)

c- /p-ANCa		Altro
Anti-dsDNA		IgA
ANA		IgG
ENA		IgM
Anti-sm		C3
Crioglobuline		C4

ALLEGARE:

- ECOGRAFIA DEL COLLO (tiroide, paratiroidi, linfonodi)
- PROVE DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA
- VISITA PNEUMOLOGICA (se prove funzionali alterate)
- ECODOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI
- SCINTIGRAFIA RENALE
- ANGIOGRAFIA RENALE e/o ANGIO-TC ADDOME con ricostruzione 3D
- PANCOLONSCOPIA (se età > 50 anni)
- RELAZIONE REDATTA DALLO PSICOLOGO
- VALUTAZIONE PSICHIATRICA

Su indicazione

- SCINTIGRAFIA MIOCARDICA con test al dipiridamolo o in alternativa ECOSTRESS alla dobutamina
- RX CORONAROGRAFIA
- BREATH TEST PER H. PYLORY e/o EGDS
- ECOGRAFIA TRANSVAGINALE
- PANCOLONSCOPIA (se età < 50 anni)

ACCERTAMENTI DI 3° LIVELLO

- VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE ESTERNA
- VALUTAZIONE DEL MAGISTRATO