



**I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN MATTEO**  
Pzzle Golgi 2- 27100 Pavia

## **CENTRO TRAPIANTO DI RENE/PANCREAS**

### **CARTELLA CLINICA TRAPIANTO DI RENE+PANCREAS**

Cognome\_\_\_\_\_

Nome\_\_\_\_\_

Emogruppo\_\_\_\_\_

Status anticorpi CMV\_\_\_\_\_



I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN MATTEO  
PAVIA  
CENTRO TRAPIANTO DI RENE/PANCREAS

**CARTELLA CLINICA DI IDONEITA' AL TRAPIANTO DI RENE e PANCREAS**

N° \_\_\_\_\_  
**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_  
SESSO M F **ETA'** \_\_\_\_\_  
NATA/O IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
TEL LAVORO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_  
ALTRI NUMERI \_\_\_\_\_  
CODICE ASSISTITO \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
ES. TICKET \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
STATO DI FAMIGLIA \_\_\_\_\_ N° FIGLI \_\_\_\_\_  
ATTIVITA' LAVORATIVA \_\_\_\_\_  
N° SORELLE \_\_\_\_\_ N° FRATELLI \_\_\_\_\_  
GENITORI VIVENTI: PADRE SI NO MADRE SI NO  
DONATORE VIVENTE DISPONIBILE: \_\_\_\_\_  
CENTRO DIALISI ATTUALE \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO CENTRO \_\_\_\_\_  
TELEFONO CENTRO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
MEDICO DEL CENTRO \_\_\_\_\_ CODICE \_\_\_\_\_  
TEL REPERIBILITA' \_\_\_\_\_  
**INIZIO DIALISI IL** \_\_\_\_\_  
**DIAGNOSI DIABETE IL** \_\_\_\_\_  
TRAPIANTO IN PRECEDENZA SI NO  
GIA' IN LAT PRESSO IL CENTRO DI \_\_\_\_\_  
MEDICO REFERENTE COMPILATORE \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_





TERAPIA DIABETE

---

---

**DATI DIALISI:**

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

DIURESI RESIDUA \_\_\_\_\_ ml/24h      GIORNI DI DIALISI: L M M G V S

PESO Kg \_\_\_\_\_ ALTEZZA \_\_\_\_\_ cm    P.A. \_\_\_\_\_ mmHg

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)

FATTORI DI RISCHIO CLINICO IDENTIFICATI AL MOMENTO DELLA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA:

---

---

---

---

---

**PROBLEMI PSICHIATRICI/COMPORAMENTALI**

Anamnestici

---

---

---

Attuali

---

---

---

**VALUTAZIONE GLOBALE DEL MEDICO REFERENTE CIRCA LA TRAPIANTABILITA' DEL PAZIENTE:**

Clinica:

---

---

---

Compliance:

---

ALLERGIA A FARMACI E/O A MATERIALI DI DIALISI

---

---

TERAPIA CONTINUATIVA IN ATTO

1. Anticoagulanti \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  2. Anticonvulsivanti \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  3. Antitubercolari \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  4. Antidiabetici orali \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  5. Insulina \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  6. Nitroderivati \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  7. Cardiocinetici \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  8. Antiaritmici \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  9. Antipertensivi \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  10. Antidepressivi \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  11. Altri \_\_\_\_\_
- 
- 

**VALUTAZIONE IPERPARATIROIDISMO**

DATA \_\_\_\_\_

PTH intatto	dato rilevato _____	range di normalità _____
Calcemia	dato rilevato _____	range di normalità _____
Fosfatemia	dato rilevato _____	range di normalità _____
Prodotto Calcio x Fosforo	dato rilevato _____	
Fosfatasi alcalina	dato rilevato _____	range di normalità _____

RX OSSA data\_\_\_\_\_

riassorbimento:

mani sì no

altre sedi sì \_\_\_\_\_ no

calcificazioni:

tessuti molli singole { } polidistrettuali { } nessuna { }

vascolari singole { } polidistrettuali { } nessuna { }

#### TERAPIA CON CALCITRIOLO

giornaliera sì no

boli per os sì no

boli e.v. sì no

non eseguibile o non proseguibile sì no

specificare perché \_\_\_\_\_

#### SE PTH>3 VOLTE IL VALORE NORMALE ESEGUIRE

ECOGRAFIA PARATIROIDI data\_\_\_\_\_

N° paratiroidi\_\_\_\_\_ Volume\_\_\_\_\_

SCINTIGRAFIA PARATIROIDI data\_\_\_\_\_

N° paratiroidi\_\_\_\_\_ Volume\_\_\_\_\_

DENSITOMETRIA OSSEA (DXA) data\_\_\_\_\_

segni di perdita: no sì localizzazione\_\_\_\_\_

#### INDICAZIONI ALLA PARATIROIDECTOMIA:

La contemporaneità delle condizioni sottoelencate individua l'iperparatiroidismo grave e richiede l'intervento di paratiroidectomia prima della valutazione per inserimento in lista:

1. PTH intatto >400 2. Calcemia >11 mg/dl 3. Fosfatemia >5 mg/dl 4. CaxP>60

5. FA aumentate 6. Impossibilità a eseguire o proseguire terapia con calcitriolo

**N.B. La scheda riguardante la situazione paratiroidea dovrà essere rivalutata criticamente dal referente ogni anno, ogni modificazione di stato dovrà essere segnalata.**

#### QUADRO IMMUNOLOGICO

GRAVIDANZE: N°\_\_\_\_\_ data\_\_\_\_\_

ABORTI: N°\_\_\_\_\_ data\_\_\_\_\_

TRASFUSIONI: N°\_\_\_\_\_ data\_\_\_\_\_

EMOGRUPPO\_\_\_\_\_ Rh\_\_\_\_\_

PROFILO IMMUNOLOGICO (solo pazienti con vasculiti, LES, collagenopatie)

data\_\_\_\_\_

c- e p-ANCA\_\_\_\_\_ Anti-dsDNA\_\_\_\_\_ ANA\_\_\_\_\_

ENA\_\_\_\_\_ Anti-sm\_\_\_\_\_ altro\_\_\_\_\_

IgA\_\_\_\_\_ IgG\_\_\_\_\_ IgM\_\_\_\_\_

C3\_\_\_\_\_ C4\_\_\_\_\_ CRIO\_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_  
Tipizzazione HLA \_\_\_\_\_

PRECEDENTI TRAPIANTI: (allegare lettere di dimissione)

Data I trapianto \_\_\_\_\_ Causa cessazione funzione \_\_\_\_\_

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

Data II trapianto \_\_\_\_\_ Causa cessazione funzione \_\_\_\_\_

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

Precisare se trapianto non funzionante in situ: SI NO

## **BILANCIO CLINICO ATTUALE**

### **ESAMI EMATOCHIMICI:**

Emocromo data \_\_\_\_\_

GR \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_ Htc \_\_\_\_\_ PLT \_\_\_\_\_

GB \_\_\_\_\_ Formula: N \_\_\_\_\_%; L \_\_\_\_\_%; M \_\_\_\_\_%; E \_\_\_\_\_%; B \_\_\_\_\_%.

Coagulazione data \_\_\_\_\_

Att. protrombinica \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_

Fibrinogeno \_\_\_\_\_ T di stillicidio \_\_\_\_\_ T di coagulazione \_\_\_\_\_

Quadro proteico data \_\_\_\_\_

Prot tot \_\_\_\_\_ g/dl albumina \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ g/dl alfa 1 \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ g/dl;

alfa 2 \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ g/dl; beta \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ g/dl; gamma \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ g/dl.

Hb glicosilata \_\_\_\_\_. VES \_\_\_\_\_ Prot.C reattiva \_\_\_\_\_ mg/dl

Quadro epatico data \_\_\_\_\_

Bilirubina totale \_\_\_\_\_ Bil. diretta \_\_\_\_\_ ALP \_\_\_\_\_

AST \_\_\_\_\_ ALT \_\_\_\_\_ GGT \_\_\_\_\_

Quadro infettivologico data \_\_\_\_\_

HBsAg \_\_\_\_\_ HBsAb \_\_\_\_\_ titolo \_\_\_\_\_

HBcAb \_\_\_\_\_ HBcAg \_\_\_\_\_ antiHCV \_\_\_\_\_ PCR-HCV \_\_\_\_\_

Genotipo virale HCV \_\_\_\_\_

Vaccinazioni epatite B: data ultima somministrazione \_\_\_\_\_

HIV \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

CMV: IgG \_\_\_\_\_ IgM \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

HerpesSimplexVirus 1 IgG \_\_\_\_\_ IgM \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

HerpesSimplexVirus 2 IgG \_\_\_\_\_ IgM \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

VaricellaZosterVirus IgG \_\_\_\_\_ IgM \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

EBV \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Toxoplasma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Screening sifilide \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Mantoux \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**ESAMI STRUMENTALI:**

ECG: data \_\_\_\_\_

---

---

---

**ECOCARDIOGRAMMA:** (da eseguire nelle ore successive alla seduta di dialisi):

data \_\_\_\_\_

---

---

---

FE: \_\_\_\_\_ %

**SCINTIGRAFIA MIOCARDICA con test al dipiridamolo o in alternativa ECOSTRESS alla dobutamina** data \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**RX CORONAROGRAFIA** se età > 45aa o diabete da oltre 25aa o anamnesi nota o sospetta di cardiopatia ischemica o positività di una delle precedenti indagini cardiologiche o presenza di fattori di rischio cardio-vascolare (fumo, ipertensione, malattia vascolare periferica o cerebrale). data \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**VISITA CARDIOLOGICA** data \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**RX TORACE** data \_\_\_\_\_

---

---

---

**PROVE DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**VISITA PNEUMOLOGICA** (se prove funzionali alterate) data\_\_\_\_\_

---

---

---

**DICHIARAZIONE DI ASTENSIONE AL FUMO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara:

-di non aver mai fumato { }

-di aver fumato in passato, ma di astenersi attualmente dal fumare { }

-di impegnarsi, se attualmente fumatore, a non fumare più { }

(crociare il dato che interessa)

data\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_

**ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA con ricerca di H.P.** (se presente bonificare e ricontrollare con metodica anticorpale o con breath test, prima di inviare a consultazione):

data\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**RX ADDOME** (due proiezioni) data\_\_\_\_\_

---

---

---

**ECOTOMOGRAFIA ADDOME SUPERIORE** (da eseguire sempre; se in trattamento CAPD effettuare ad addome a vuoto) data\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**RX CLISMA OPACO** (per età > 50 anni, nefropatia policistica, anamnesi dubbia per diverticolite, familiarità K colon) data\_\_\_\_\_

---

---

---

**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) data\_\_\_\_\_

---

---

---

**VISITA GINECOLOGICA CON ESAME DEL SENO** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**Pap test:** data\_\_\_\_\_

---

---

**RX MAMMOGRAFIA** (per donne >50 anni; ≥35 anni se neoplasia al seno in parente di I grado) data\_\_\_\_\_

---

---

**ORTOPANTOMOGRFIA DENTARIA** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**VISITA ODONTOIATRICA E CONCLUSIONE DELLA BONIFICA**

data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PSA** (per  $\geq 40$  anni): \_\_\_\_\_ **PSAfree** \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE** (per  $\geq 50$  anni) data \_\_\_\_\_

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

**UROCOLTURA** \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**ECOGRAFIA RENALE** (in caso di rene policistico, precisare le dimensioni)

data \_\_\_\_\_

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

**RX URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE** data \_\_\_\_\_

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

**URODINAMICA VESCICALE** data \_\_\_\_\_

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

**ECODOPPLER ARTERIOSO: ASSE ILIACO FEMORALE, AORTA ADDOMINALE e**

**TSA** data \_\_\_\_\_

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

---

---

---

**ECODOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**FUNDUS OCULI** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**ACUITA' VISIVA** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**FLURO ANGIOGRAFIA** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**ESAME NEUROLOGICO:**

▪ **ELETTROMIOGRAFIA** data\_\_\_\_\_

---

---

---

▪ **VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**COPROCOLTURA** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**ESAME COPROPARASSITOLOGICO (su tre campioni)** data\_\_\_\_\_

---

---

---

**EVENTUALI ALTRI ACCERTAMENTI RICHIESTI DAL MEDICO CURANTE**  
(riportare motivazione e risultato):

---

---

---