

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE EMILIA ROMAGNA**  
**PROGRAMMA DI TRAPIANTO RENALE**  
**SCHEDA PER L'INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA**

*Dichiarazione del Paziente:* \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere inserito nella Lista di Attesa per il Trapianto Renale da donatore cadavere presso \_\_\_\_\_

*Autorizza pertanto il Servizio di Nefrologia e Dialisi di* \_\_\_\_\_  
*a trasmettere i dati sottoriportati a* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL CENTRO DIALISI DI PROVENIENZA**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

tessera SSN: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_ AUSL: \_\_\_\_\_

es. ticket: A  R  Abitante a: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_

Telefoni: (domicilio) \_\_\_\_\_ (lavoro): \_\_\_\_\_

(altre reperibilità) \_\_\_\_\_

Centro Dialisi: \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_

Medico referenta: \_\_\_\_\_ Primario: \_\_\_\_\_

Condizione lavorativa: \_\_\_\_\_ Composizione familiare: \_\_\_\_\_

Iscrizione ad altre liste \_\_\_\_\_

note: \_\_\_\_\_

**DATI ANAMNESTICI**

Nefropatia di base (cod.EDTA): \_\_\_\_\_ anno di esordio: \_\_\_\_\_

Diagnosi istologica: SI  NO  anno: \_\_\_\_\_ presentazione clinica: \_\_\_\_\_

Fumatore: SI  NO  familiarità: \_\_\_\_\_

Patologie pregresse: \_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici SI  NO  \_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_

Nefrectomia: SI  NO  destra anno \_\_\_\_\_ sinistra anno \_\_\_\_\_

Patologie in atto: SI  NO  \_\_\_\_\_

Terapia in corso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RhuEPO: SI  NO  dose: \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI TRATTAMENTO**

Durata dieta ipoproteica (mesi): \_\_\_\_\_  Emodialisi  Dialisi peritoneale  
Giorni dialisi: L  Ma  Me  G  V  S  D  mattino  pomeriggio  sera   
Tipo di dialisi: \_\_\_\_\_ Accesso vascolare: \_\_\_\_\_  
Inizio trattamento dialitico: \_\_\_\_\_ Tolleranza alla dialisi: SI  NO   
Diuresi residua (ml): \_\_\_\_\_ Peso a fine dialisi (Kg): \_\_\_\_\_ Altezza (cm): \_\_\_\_\_

**ESAMI STRUMENTALI E SPECIALISTICI**

Rx Uretrocistografia: Reflussi U-V: SI  NO  \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_  
Capacità vescicale (ml): \_\_\_\_\_ Residuo post-minzionale (ml): SI  NO  \_\_\_\_\_  
Stenosi uretrale: SI  NO  \_\_\_\_\_

Urodinamica: \_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_

Rx torace: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Elettrocardiogramma: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Ecocardiogramma: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Scintigrafia miocardio: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Rx Addome (per calcificazioni vascolari): \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Eco Doppler vasi del collo: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Eco Doppler vasi aorto-iliaci: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Eco Doppler vasi arti inf.: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Endoscopia digestiva: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Rx Clisma Opaco: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Ecografia addome: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Rx ossa: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Ecografia tiroide e paratiroidi: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Scintigrafia tiroide e paratiroidi: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Visita Odontolatrca: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Visita Ginecologica: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Visita Oculistica: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Altri: \_\_\_\_\_

ESAMI DI LABORATORIO:

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

HBSAG +  -  HBEAB +  -  HIV +  -  VDRL +  -  Toxo IgG +  -   
 HBSAB +  -  HBEAG +  -  HCV +  -  TPHA +  -  Toxo IgM +  -   
 HBCAB +  -  HBV-DNA +  -  HCV-RNAm+  -  CMV IgG +  -  CMV IgM +  -

Urinocoltura \_\_\_\_\_

Mantoux \_\_\_\_\_

GOT (U/L) \_\_\_\_\_ GPT (U/L) \_\_\_\_\_ Gamma-GT (U/L) \_\_\_\_\_ Colinest. (U/l) \_\_\_\_\_  
 Calcemia (mg/dl) \_\_\_\_\_ Fosf. (mg/dl) \_\_\_\_\_ Fosf. alc. (U/l) \_\_\_\_\_ PTH (pg/ml) \_\_\_\_\_  
 Creat. (mg/dl) \_\_\_\_\_ Azot. (g/l) \_\_\_\_\_ Uric. (mg/dl) \_\_\_\_\_ Potas. (mEq/l) \_\_\_\_\_  
 Glicemia (mg/dl) \_\_\_\_\_ Colest. (mg/dl) \_\_\_\_\_ Triglic. (mg/dl) \_\_\_\_\_ Protid. (g/l) \_\_\_\_\_  
 HB (g/dl) \_\_\_\_\_ Hmt (%) \_\_\_\_\_ Sideremia (ug/dl) \_\_\_\_\_ G. Bianchi (/mmc) \_\_\_\_\_  
 Piastrine \_\_\_\_\_ PT (%) \_\_\_\_\_ PTT (sec) \_\_\_\_\_ Fibr. (mg/dl) \_\_\_\_\_

**PSA** \_\_\_\_\_ **ALTRI:** \_\_\_\_\_

DATI IMMUNOLOGICI

Gruppo Sanguigno: \_\_\_\_\_ RH positivo  negativo

Tipizzazione HLA: Locus A \_\_\_\_\_ Locus B \_\_\_\_\_ Locus DR \_\_\_\_\_  
 Locus DRW \_\_\_\_\_ Locus DQ \_\_\_\_\_

Effettuata a: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

I° Trapianto: SI  NO  sede: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

HLA I° donatore: Locus A \_\_\_\_\_ Locus B \_\_\_\_\_ Locus DR \_\_\_\_\_  
 Locus DRW \_\_\_\_\_ Locus DQ \_\_\_\_\_

causa cessata funzione: \_\_\_\_\_ espianto: SI  NO  data: \_\_\_\_\_

II° Trapianto: SI  NO  sede: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

HLA II° donatore: Locus A \_\_\_\_\_ Locus B \_\_\_\_\_ Locus DR \_\_\_\_\_  
 Locus DRW \_\_\_\_\_ Locus DQ \_\_\_\_\_

causa cessata funzione: \_\_\_\_\_ espianto: SI  NO  data: \_\_\_\_\_

Precedenti gravidanze e/o aborti (numero): \_\_\_\_\_ data ultima: \_\_\_\_\_

Vaccinazioni recenti: \_\_\_\_\_ data ultima: \_\_\_\_\_

Vaccinazione anti HBV: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_ titolo anti HBS: \_\_\_\_\_

Trasfusioni: SI  NO  numero complessivo: \_\_\_\_\_ data ultima: \_\_\_\_\_

Emocomponente trasfuso: \_\_\_\_\_

Grado di compatibilità: \_\_\_\_\_

GIUDIZIO CLINICO COMPLESSIVO:

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

Motivazioni di urgenza: \_\_\_\_\_

Il Medico del Reparto Dialisi di provenienza: \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL CENTRO CHE EFFETTUA IL TRAPIANTO**

ESAME OBIETTIVO:

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

PROFILO PSICOLOGICO:

PA (mmHg): \_\_\_\_\_

Valutazione medica:

Visitato da \_\_\_\_\_

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

Valutazione chirurgica:

Visitato da \_\_\_\_\_

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

FATTORI DI RISCHIO:

NOTE:

VALUTAZIONE FINALE 1  idoneo 2  idoneo con rischio 3  non idoneo 4  temporaneamente sospeso

OSSERVAZIONI

IL DIRETTORE