

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

INDICE

1.0 Scopo	2
2.0 Campo di applicazione	2
3.0 Terminologia e abbreviazioni	2
4.0 Responsabilità	3
5.0 Requisiti e criteri di eccezione	3
6.0 Apparecchiature, strumenti, materiali	4
7.0 Modalità esecutive	4
7.1 Diagnosi di morte encefalica	4
7.2 Accertamento di morte encefalica	4
7.3 Periodo di osservazione	5
7.4 Mantenimento del soggetto in ME	5
7.5 Valutazione del soggetto in ME	5
7.5.1 Valutazione legale	5
7.5.2 Valutazione clinica	6
7.6 Fine del Periodo di Osservazione	6
7.6.1 Soggetto non-donatore	6
7.6.2 Soggetto donatore	6
7.7 Compiti dei componenti il CAM dopo l'accertamento di ME	6
8.0 Gestione della documentazione (raccolta in Allegato I)	7
9.0 Riferimenti legislativi	8
10.0 Archiviazione	9
12.0 Modulistica e allegati	9
Allegato A: Esame Clinico	10
Allegato B: Test Di Apnea	11
Allegato C: Farmaci Depressori Del Snc O Analgo-Sedativi	12
Allegato D: Mantenimento Del Potenziale Donatore	13
Allegato E: Valutazione Clinica Del Donatore	14
Allegato F: Valutazione Dello Stato Funzionale Degli Organi	18
Allegato G: Vademecum Priorità Nella Lca	19
Allegato H: Trattamento In Sala Operatoria	20
Allegato I: Modulistica	21

Rev.	Data di approvaz.	Causale modifica	Redatto da	Approvato da	Validato da	Codificato da
1.0		Prima stesura	Giacomo Olla	DSC A/R	DSPO	DSAZ
Trasmesso il		Codificato il		Distribuito il		
Destinatari						
Personale Medico			Anestesia e Rianimazione			
Personale Infermieristico			Anestesia e Rianimazione			

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**1.0 Scopo**

Lo scopo della procedura è quello di consentire l'individuazione precoce del soggetto neuroleso che può evolvere in morte encefalica ed applicare le modalità di accertamento e certificazione della morte codificata dalla Legge n°578 del 29/12/93.

La diagnosi clinica di Morte Encefalica è del tutto indipendente dall'ipotetico processo di Donazione di Organi ed avvia obbligatoriamente il processo di Accertamento di Morte Encefalica (CAM).

2.0 Campo di applicazione

Il paziente che potenzialmente può evolvere in morte encefalica è un soggetto in coma per causa nota, con lesioni cerebrali irreversibili, ed è ricoverato presso il Reparto di Rianimazione.

3.0 Terminologia e abbreviazioni

CAM	Collegio medico Accertamento ME
CMV	Ventilazione meccanica a volume controllato
CRT	Centro Regionale Trapianti
CLT	Coordinatore Locale ai Trapianti
DO/O	Documentazione Organizzativa e Operativa
DG	Direzione Generale
DSA	Direzione Sanitaria Aziendale
DSPO	Direzione Sanitaria del PO
FC	Frequenza Cardiaca
LCA	Lesione cerebrale acuta
ME	Morte Encefalica
PA	Pressione Arteriosa
PEEP	Pressione positiva di fine espirazione
Sat	Saturimetria
SO	Second Opinion
TI	Terapia Intensiva
UU.OO.	Unità Operative
U.O.	Unità Operativa
RdUO	Responsabile di Unità Operativa
RdD	Responsabile della Documentazione
RQ	Referente Qualità, responsabile della codifica
Manuale della documentazione	Raccolta organizzata secondo modalità definite della DO/O e di altra documentazione gestionale a livello di UU.OO.
GdL	Gruppo di Lavoro direttamente coinvolto nella redazione della documentazione

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**4.0 Responsabilità**

	Rianimatore	CLT	CAM	DSPO	Tecnico neurologia	Infermiere TI
Terapia e mantenimento del soggetto con LCA	R	C				C
Diagnosi ME	R	C				
Convocare CAM				R		
Accertamento ME			R			
Eseguire EEG					R	
Coordinare i lavori e Tenere i contatti col CRT		R		C		

Il medico **Rianimatore** segue l'iter diagnostico e terapeutico del paziente con lesione cerebrale acuta fino all'accertamento di ME.

Il medico di **DSPO** convoca il CAM secondo Legge.

Il **Collegio medico** (composto da rianimatore, neurologo o neurofisiologo, medico legale o medico di Direzione sanitaria) è preposto all'accertamento di morte.

Il **Coordinatore Locale dei Trapianti** si occupa di portare avanti gli accertamenti clinici nel soggetto potenziale donatore di organi e facilita i rapporti con la DSPO e il CRT.

L'**Infermiere Professionale** della Terapia Intensiva collabora col medico Rianimatore al mantenimento del potenziale donatore d'organi.

5.0 Requisiti E Criteri Di Eccezione

La diagnosi clinica di Morte Encefalica è posta dal medico Rianimatore sulla base dello stato clinico del paziente. Tutti i soggetti che vanno incontro a morte encefalica devono, secondo il DM 582/1994, essere sottoposti ad Accertamento di ME.

Lo stesso DM 582 del 1994, secondo aggiornamento del 2008, prevede che sia necessario ricorrere ad indagini strumentali per l'accertamento del flusso ematico in situazioni particolari come:

- ✓ Bambini di età inferiore ad 1 anno di vita (si ricorda che, per essere sottoposto ad accertamento di ME, il neonato deve essere nato dopo la 38esima settimana di gravidanza e deve aver raggiunto i 7 giorni di vita extrauterina)
- ✓ Situazioni che impediscano l'esecuzione dei riflessi del tronco o dell'EEG
- ✓ Fattori concomitanti che possano alterare il quadro clinico generale (ipotermia profonda, alterazioni endocrino-metaboliche, farmaci neurodepressori in infusione continua).

Le metodiche diagnostiche ammesse in questi casi sono:

- Angiografia cerebrale

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

- Scintigrafia cerebrale
- Doppler transcranico
- AngioTC cerebrale

Tali metodiche sono effettuarsi in soggetto non ipoteso ($MAP > 60$ mmHg), secondo le Linee guida della Consulta Nazionale del 22/8/1994. Nel caso di PDO colpito da ACC, la ricerca di flusso ematico encefalico consente di iniziare il periodo di osservazione anche prima delle 24 h dall'arresto. L'indagine di flusso a differenza dell'EEG non viene ripetuta alla fine del periodo di osservazione.

6.0 Apparecchiature, Strumenti, Materiali

Il reparto di Terapia Intensiva presenta, per sua natura, i requisiti tecnici e strumentali per supportare le cure di un soggetto con lesione cerebrale acuta. Il paziente riceve i trattamenti diagnostici e terapeutici mirati alla risoluzione della causa del ricovero:

- ✓ monitoraggio emodinamico (FC, PA cruenta, SatO₂)
- ✓ accesso venoso periferico (almeno uno 16G)
- ✓ intubazione tracheale e Ventilazione meccanica Controllata
- ✓ capnometro per EtCO₂
- ✓ accesso venoso centrale (preferibile a 3 vie)
- ✓ accesso arterioso (preferibilmente arteria radiale o femorale)
- ✓ sondino naso-gastrico (con busta a caduta)
- ✓ catetere vescicale e urinometro per il calcolo della diuresi oraria
- ✓ termometro esofageo per temperatura centrale
- ✓ coperte termiche o dispositivi per il riscaldamento ad aria del paziente
- ✓ apparecchio per EEG necessario per la fase di accertamento di ME secondo la normativa vigente.

7.0 Modalità esecutive

7.1 Diagnosi di morte encefalica

Il medico Rianimatore effettua la diagnosi di morte cerebrale nel soggetto neuroleso, che sia indenne da arresto cardiaco da almeno 24 ore, mediante Esame Neurologico ([Allegato A](#)), Test dell'Apnea ([Allegato B](#)), ed EEG.

Nel caso il soggetto abbia ricevuto farmaci depressori del SNC si fa riferimento a criteri di esclusione specificati nell'Allegato C.

7.2 Accertamento di morte encefalica

In caso di Morte per cessata attività del cervello e del tronco il Medico Rianimatore, fatta la diagnosi di morte a cuore battente, avvisa la DSPO e richiede la nomina della CAM.

La Direzione Sanitaria nomina una Commissione Medica composta da tre sanitari: Rianimatore, Neurologo, Medico Legale o di Direzione Sanitaria.

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

La valutazione collegiale prevede:

- a)** l'esecuzione, da parte di un **TECNICO DI NEUROLOGIA**, di un EEG su carta o digitale per almeno 30 minuti all'amplificazione prevista "per la diagnosi di morte encefalica". Tale EEG si archivia su supporto inalterabile magnetico o ottico in duplice copia. ve indicato è possibile eseguire in alternativa un test di flusso ematico encefalico;
- b)** la visita medica con la valutazione dei riflessi del tronco encefalico;
- c)** il Test di Apnea .

7.3 Periodo di Osservazione

La Commissione nominata verifica la diagnosi di morte attraverso un'osservazione della durata non inferiore a 6 ore.

- La prima valutazione clinica collegiale viene effettuata all'inizio del periodo di osservazione,
- la seconda valutazione viene effettuata alla fine del periodo di osservazione.

7.4 Mantenimento del soggetto in ME

Il mantenimento del soggetto con lesione cerebrale acuta permette di completare il periodo di osservazione per la formulazione di una diagnosi definitiva di ME e poi, eventualmente, nel potenziale donatore, permette mantenere una perfusione ed ossigenazione adeguata degli organi fino al momento del prelievo.

I criteri che devono essere soddisfatti sono esplicitati nell'[Allegato D](#).

7.5 Valutazione del soggetto in ME

Nel soggetto in cui è fatta diagnosi di ME viene valutata l'idoneità alla potenziale donazione d'organi.

7.5.1 Valutazione legale

valuta il consenso del paziente e/o dei suoi familiari all'eventuale processo di donazione a scopo di trapianto. La valutazione legale della idoneità del soggetto alla donazione è un atto dovuto che identifica il paziente in quanto donatore o non-donatore.

Il Rianimatore e il CLT: mantengono un dialogo continuo coi familiari, che prescinde dalla risposta positiva o negativa all'eventuale processo di donazione.

Il CLT, attraverso il Centro di Riferimento Regionale, verifica l'esistenza della dichiarazione del pz eventualmente nel Sistema Informativo Trapianti presso il Ministero della Salute.

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

Il Rianimatore e il CTL: richiedono ai familiari diretti se sono a conoscenza di una eventuale posizione espressa in vita dal paziente riguardo alla donazione post-mortem dei propri organi e tessuti a scopo di trapianti, e in caso di assenza della stessa viene sottoposto agli aventi diritto un modulo per la dichiarazione di opposizione o non opposizione. Tale processo si svolge secondo quanto previsto dalla Delibera del CNT n. 3 del 23 febbraio 2017.

7.5.2 Valutazione clinica

Si effettua solo nel donatore. Ha come obiettivo la valutazione dell'idoneità clinica alla donazione dei singoli organi considerando il loro stato funzionale ed la potenziale trasmissibilità di malattie al ricevente (infettive e neoplastiche). La valutazione dello stato funzionale degli organi si serve di esami di laboratorio ematochimici, sierologici ([Allegato E](#)) ed esami strumentali organo-specifici ([Allegato F](#)).

7.6 Fine del Periodo di Osservazione

Alla fine del Periodo di Osservazione, in cui si dichiara la morte del paziente, il CAM certifica il decesso del paziente. L'ora del decesso corrisponde a quella dell'inizio del periodo di osservazione.

La certificazione viene firmata da tutti i componenti del Collegio Medico per l'Accertamento della Morte Encefalica.

7.6.1 Soggetto non-donatore

Si sospende ogni trattamento, la salma viene composta e viene trasferita in Camera Mortuaria.

7.6.2 Soggetto donatore

Il soggetto viene trasferito in Sala Operatoria quando l'équipe chirurgica di prelievo è pronta. Il trasferimento è affidato al medico anestesista di Sala Operatoria e anche all'Infermiere Dedicato. Il Medico Rianimatore componente del CAM non può esercitare la funzione del Medico Anestesista in sede di eventuale prelievo d'organi. Durante il trasferimento si continua a garantire: la terapia di mantenimento della funzionalità degli organi, il monitoraggio continuo e l'omeostasi termica. ([Allegato D](#), [Allegato H](#)).

7.7 Compiti dei componenti il CAM dopo l'accertamento di ME

Accertata la morte cerebrale:

Il medico di DSPO che ha partecipato al Collegio Medico firma la modulistica relativa al decesso (modulo ISTAT, modulo per l'Ufficio Anagrafe, modulo per l'Ufficio di Igiene) e il verbale di ispezione del cadavere con autorizzazione alla sepoltura.

Il medico Rianimatore e CTL compila la cartella clinica che viene chiusa come di norma.

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

Ogni membro del CAM compila i verbali prescritti.
Il CLT archivia i dati nell'apposito "Registro di Morte Cerebrale".

8.0 Gestione della documentazione (raccolta in [Allegato I](#))**1) Comunicazione alla Direzione Sanitaria**

Comunica alla Dir San che in TI c'è un paziente in stato di ME
È firmata dal medico di guardia del Reparto di TI
Viene conservata dalla DSPO
È riportata nella cartella clinica di ricovero

2) Comunicazione alla Procura

Comunica alla Procura della Repubblica la composizione del CAM
per l'Accertamento della ME
È firmata dal Dir.San.del P.O.
Viene conservata dalla DSPO
È obbligatoria nel caso di soggetto la cui salma sia a disposizione dell'Autorità Giudiziaria; in tal caso è anche richiesta preventiva autorizzazione all'eventuale prelievo

3) Attivazione del CAM

Comunica la convocazione del CAM dal Dir. San. del P.O.
Viene conservata dalla DSPO.

4) Verbale di accertamento della morte encefalica

Ciascuna delle 2 visite collegiali previste è documentata da **verbale di visita, EEG, EGA**, e viene **firmata dai 3** medici del Collegio di accertamento.
Viene conservata dalla DSPO.
È riportata nella cartella clinica di ricovero.

5) Modulo di consenso familiare

È firmato dal familiare autorizzato
Viene conservata dalla DSPO

6) Verbale di prelievo

È firmato dal responsabile dell'équipe di prelievo
È unico per ogni équipe di prelievo
In copia è associato ad ogni singolo contenitore per il trasporto di organi

7) Certificato ISTAT

È firmato dal medico di DSPO partecipante al CAM in qualità di medico necroscopo
È associato alla salma fin dal trasferimento all'Obitorio

8) Certificato di Morte per l'Anagrafe

È firmato dal medico di DSPO partecipante al CAM in qualità di medico necroscopo

 ASL Ogliastra Azienda socio-sanitaria locale	S.C. Anestesia e Rianimazione Procedura Operativa Standard	ASL4 Ogliastra - POS A/R 05	Revisione 17/09/2025	Pag. 8 di 56
Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore				

È associato alla salma fin dal trasferimento all'Obitorio

9) Certificato di Morte per la ASL

È firmato dal medico di DSPO partecipante al CAM, in qualità di medico necroscopo
 È associato alla salma fin dal trasferimento all'Obitorio

10) Certificato di Autorizzazione alla Sepoltura

È firmato dal medico di DSPO partecipante al CAM, in qualità di medico necroscopo
 È associato alla salma fin dal trasferimento all'Obitorio

9.0 Riferimenti Legislativi

Per la stesura di questo protocollo sono stati presi in considerazione:

- ✓ Legge 12 agosto 1993, n. 301
- ✓ Legge 29 dicembre 1993, n. 578
- ✓ DPR 22 agosto 1994, n. 582
- ✓ Legge 1° aprile 1999, n. 91
- ✓ Decreto 8 Aprile 2000
- ✓ Decreto 2 agosto 2002
- ✓ Linee guida promosse dalla Consulta Nazionale Trapianti e dal Centro Nazionale Trapianti, versione approvata in Stato Regioni il 30 settembre 2003
- ✓ TPM. Manuale del corso nazionale per coordinatori alla donazione e prelievo di organi e tessuti. VII edizione. Bologna: Editrice compositori, 2012
- ✓ Decreto 11 aprile 2008
- ✓ "Valutazione dell'idoneità del donatore" dell'ACSR 24 gennaio 2018 (Rep.atti 17/CSR)
- ✓ Valutazione dell'idoneità del donatore in relazione a patologie neoplastiche (tumori solidi) Versione 2.0 approvata nella seduta CNT-Consulta Tecnica Permanente per i Trapianti del 17 marzo 2022.
- ✓ Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi1
 Versione 1.0 approvata nella seduta CNT del 23 febbraio 2017

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**10.0 Archiviazione**

La presente procedura va archiviata nei manuali di tutte le UU.OO. nella sezione "Utilizzo del Manuale".

12.0 Modulistica E Allegati

[Allegato A: Esame clinico](#)

[Allegato B: Test di apnea](#)

[Allegato C: Farmaci depressori del SNC](#)

[Allegato D: Mantenimento del donatore](#)

[Allegato E: Esami di laboratorio](#)

[Allegato F: Esami strumentali](#)

[Allegato G: Vademecum Priorità LCA](#)

[Allegato H: Trattamento in SO](#)

[Allegato I: Modulistica](#)

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**Allegato A: Esame Clinico**

La diagnosi clinica di Morte Encefalica è posta dal medico Rianimatore sulla base dello stato clinico del paziente. Nel dettaglio per poter porre diagnosi di ME deve esserci una **risposta positiva** a tutti i seguenti quesiti:

- A. Il paziente è in coma profondo (GCS 3)?
- B. La causa del coma è nota e documentata?
- C. Sono assenti nel circolo ematico sostanze o farmaci depressori del SNC in concentrazioni tali da interferire con il quadro clinico generale?
- D. Sono assenti nel circolo ematico bloccanti neuromuscolari da determinare una paralisi motoria?
- E. Ha una Pressione Arteriosa Media > 60 mmHg?
- F. Ha una temperatura centrale >35° C?
- G. Sono assenti alterazioni endocrino-metaboliche in grado di interferire con il quadro clinico generale (ipoglicemia, ipotiroidismo, encefalopatia epatica, gravi alterazioni elettrolitiche o dell'equilibrio acido-base)?
- H. Sono **assenti** i seguenti **riflessi del tronco encefalico**?
 - 1. riflesso corneale
 - 2. riflesso fotomotore
 - 3. riflesso oculocefalico
 - 4. riflesso oculovestibolare
 - 5. attività riflessa per stimolazione algica portata sul territorio di innervazione del n. trigemino
 - 6. risposta motoria nel territorio del n. facciale alla stimolazione dolorosa, ovunque essa sia applicata
 - 7. riflesso carenale
 - 8. riflesso faringeo
- I. Il paziente è privo di attività respiratoria spontanea, anche in condizioni di ipercapnia? (PaCO₂ > 60 mmHg e pH < 7,40)
- J. Ha un'EEG eseguito alla amplificazione prevista "per morte encefalica" che viene refertato (su carta o digitale) come privo di attività elettrica cerebrale oppure EEG piatto?

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**Allegato B: Test Di Apnea**

Verifica l'assenza di attività respiratoria in presenza di una PaCO_2 di almeno 60mmHg. Considerando una PaCO_2 di base vicina ai 40mmHg, poiché in apnea la CO_2 aumenta di circa 2-3mmHg /minuto si stima una durata di almeno 10 minuti per raggiungere i 60mmHg: in questo intervallo di tempo è prioritario mantenere un'ossigenazione adeguata.

Si esegue EGA di base e poi si preossigena il paziente per 15-50 min con $\text{FiO}_2 = 1$. Si imposta modalità di ventilazione meccanica un Volume/minuto tale da raggiungere una PaCO_2 di partenza possibilmente superiore a 40 mmHG, preferendo a tale scopo una riduzione della frequenza respiratoria piuttosto che del Tidal, che deve comunque rientrare nei target di ventilazione protettiva. Si monitorizza Capnometria e Saturimetria con EGA seriati.

Si disconnette il soggetto dal ventilatore e si applica un'ossigenazione tracheale apnoica. Si introduce nel tubo endotracheale, sino alla carena, un sondino connesso ad una fonte di ossigeno a 6l/min così da ottenere una ossigenazione per diffusione. Durante il tempo di sospensione della ventilazione meccanica si osservano torace ed addome per accertarsi che NON vi siano movimenti respiratori in concomitanza ad un EGA in cui la $\text{PaCO}_2 > 60\text{mmHg}$ ed il $\text{pH} < 7.40$.

Un'alternativa, consigliata in particolare nel potenziale donatore di polmone, consiste nel lasciare il paziente collegato al VM mantenendo una FiO_2 congrua (la minore possibile per ottenere una $\text{PaO}_2 > 100\text{ mmHg}$) ed una PEEP di massimo 5 cmH₂O.

Terminato il test e documentato con un EGA il valore di $\text{PaCO}_2 > 60\text{ mmHg}$, si ricollega il paziente al Ventilatore Meccanico nella precedente modalità impostata (CMV con volume corrente di 6-8 ml/Kg, 12atti/minuto, PEEP 5-10 cmH₂O).

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**Allegato C: Farmaci Depressori Del Snc O Analgo-Sedativi****IN CASO DI:**

- ✓ Somministrazione e.v. nelle ultime 6 ore di farmaci depressori del SNC
- ✓ Somministrazione nelle ultime 12 ore di più di 3 boli e.v. di farmaci depressori del SNC
- ✓ Somministrazione di farmaci analgo-sedativi (e.g. oppioidi, benzodiazepine) ad alti dosaggi nelle ultime 6 ore oppure nel sospetto di intossicazione acuta
- ✓ Somministrazione di farmaci anticonvulsivanti (fenobarbita) in pz con anamnesi positiva per somministrazione cronica di questi farmaci
- ✓ Somministrazione in infusione continua e.v. di benzodiazepine o tiopentale a dosaggio elevato, per più di 48 ore e sospeso da meno di 48 ore (considerare funzionalità renale ed epatica)
- ✓ Somministrazione di propofol: date le peculiarità farmacocinetiche e la difficoltà di valutarne i livelli plasmatici si valuti, caso per caso, la possibilità di attivare la Commissione nel caso in cui sia stato somministrato in continuo per più di 96 ore e sospeso da meno di 24 ore.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DI LABORATORIO

Benzodiazepine e Tiopentale		
	<u>Range terapeutico</u>	<u>Avvio CAM</u>
Valore dosato	<	Ok
Valore dosato	=	Valutazione ma NON ostacola avvio CAM
Valore dosato	>	Rinvio CAM o valutazione flusso ematico cerebrale
Fenobarbital e altri anticonvulsivanti		
Valore dosato	=	Ok

NB: nel caso in cui siano presenti in circolo farmaci depressori del SNC, poiché l'utilizzo di antidoti appare limitato e poco affidabile, è possibile avvalersi dell'esecuzione di **test di flusso ematico encefalico** allo scopo di iniziare l'osservazione anche prima di attendere che l'effetto dei suddetti farmaci sia terminato.

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**Allegato D: Mantenimento Del Potenziale Donatore**

Indipendentemente da un eventuale prelievo, trattare il paziente in maniera adeguata permette di completare il periodo di osservazione per la formulazione di una diagnosi definitiva di "Morte Encefalica". Nel soggetto potenziale donatore permette inoltre di mantenere una perfusione ed ossigenazione adeguata degli organi fino al momento del prelievo. Gli obiettivi clinici si possono raggiungere considerando le peculiarità di un soggetto i M.E.: perdita della termoregolazione, perdita della regolazione vasomotoria (vasoplegia, ipovolemia, ipotensione), squilibrio idroelettrolitico e metabolico.

Target clinici:

- ✓ PaO₂ 100 mmHg (<80 mmHg) e SaO₂ > 95% con la FiO₂ minore possibile, Volume corrente di 6-8ml/Kg, PEEP 8-10 cmH₂O (max 15cmH₂O), FR titolata per normocapnia, umidificazione e riscaldamento dei gas inspirati, prevenzione delle atelettasie polmonari (reclutamenti periodici e variazioni del decubito).
- ✓ PAS cruenta ≥120 mmHg (privilegiare l'infusione volemica rispetto alle catecolamine: meglio associare la dopamina alla dobutamina per ridurre il dosaggio, se si usa la noradrenalina oltre 0,10mcg/Kg/min è a rischio l'utilizzo del cuore)
- ✓ PAM > 90 mmHg, FC <100bpm, PVC ≥ 10 cmH₂O
- ✓ Hb ≥ 10 g/dl e Htc ≥ 30%
- ✓ Diuresi Oraria 1-1,5 ml/Kg/h. In caso di diabete insipido da distruzione della neuroipofisi, (quando D.O. > 4ml/Kg/h associata ad Osm plasmatica >300 ed Osm urinaria <200mosm/l) utilizzare desmopressina (Bolo 1-4 µg ev, seguito da infusione continua di 1-2 µg in 6 ore secondo risposta diuretica)
- ✓ Equilibrio idroelettrolitico (espansione volemica con cristalloidi e colloidi in un rapporto 2/1, evitare idrossietilamidi, i fluidi vanno riscaldati ed infusi preferibilmente in via periferica, correggere albuminemia).
- ✓ Equilibrio metabolico (glicemia 100-140 mg/dl)
- ✓ Equilibrio termico (Target 35,5°C-37°C)

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**Allegato E: Valutazione Clinica Del Donatore**

Il Rianimatore e/o il Coordinatore Locale Trapianti raccolgono i dati anamnestici e clinici attraverso il colloquio coi parenti, il medico di famiglia, la documentazione clinica rintracciabile ed effettuano un accurato esame obiettivo (cicatrici chirurgiche, lesioni cutanee, tatuaggi, nei ...). Tale valutazione volge a definire dei livelli di rischio, definizione enunciata dal Centro Nazionale Trapianti finalizzata alla sicurezza della donazione.

I livelli di rischio sono i seguenti:

Rischio Inaccettabile

In questi casi nessun organo può essere utilizzato a scopo di trapianti

- ✓ Sieropositività da HIV 1 o 2 (contattare comunque SO infettivologica)
- ✓ Sieropositività contemporanea per HBsAg e HDV
- ✓ Neoplasie maligne metastatizzate
- ✓ Carcinoma in atto (eccetto prostata, vescica, rene, carcinoma micropapillifero della tiroide: contattare second opinion)
- ✓ Neoplasie maligne primitive del SNC in pazienti sottoposti ad intervento neurochirurgico, derivazione ventricolo-sistemica, radioterapia prolungata
- ✓ Alcune neoplasie clinicamente guarite da <15 anni (carcinoma mammario), < 5 anni (melanoma), o in atto (mieloma multiplo, leucemie, linfomi)
- ✓ Infezioni sistemiche sostenute da microrganismi per i quali non esistono opzioni terapeutiche praticabili
- ✓ Tubercolosi disseminata in atto
- ✓ Rabbia in atto
- ✓ Malattie da prioni accertate

Rischio non standard accettabile

Casi in cui, sebbene il processo di valutazione evidenzi la presenza di agenti patogeni o patologie trasmissibili, l'utilizzo degli organi è giustificato dalle condizioni di urgenza del ricevente (**organi salvavita**):

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

- ✓ Tumori per i quali il rischio di trasmissione è molto inferiore al beneficio del trapianto (carcinoma prostatico clinicamente silente, carcinoma follicolare minimamente invasivo della tiroide, carcinoma papillifero capsulato della tiroide LH e LNH in remissione da >10 aa)
- ✓ Tumori con diagnosi clinica di guarigione da meno di 10 anni
- ✓ Alcuni tumori del SNC ad alto grado (III- IV WHO)
- ✓ Donatore positivo per il virus B (HBsAg+) in ricevente negativo per il virus B (HBsAg-)
- ✓ Donatore positivo per il virus C (HCVAb+) in ricevente negativo per virus C (HCVAb-)

Rischio non standard trascurabile

Tutti i potenziali donatori per i quali non emergono fattori di rischio per malattie trasmissibili. Tutti i potenziali donatori che sono portatori di:

- ✓ Carcinoma in situ di qualsiasi organo
- ✓ Basalioma
- ✓ Carcinoma spinocellulare cutaneo senza metastasi
- ✓ Carcinoma papillifero dell'epitelio uroteliale (T1 secondo classificazione TMN)
- ✓ Carcinoma con potenziale metastatico talmente basso da essere considerato trascurabile (carcinoma prostatico confinato)
- ✓ Carcinoma del rene a basso grado
- ✓ Donatori con tumori primitivi del SNC benigni o a "basso grado "(I)

Rischio Calcolato

Casi in cui la presenza di uno specifico **agente patologico** o **stato sierologico** del donatore è compatibile con il trapianto in **pazienti che presentino lo stesso agente o lo stesso stato sierologico** indipendentemente dalle condizioni cliniche.

- ✓ Donatore positivo per il virus B (HBsAg+) in ricevente positivo per il virus B (HBsAg+)
- ✓ Donatore positivo per il virus C (HCVAb+) in ricevente positivo per virus C (HCVAb+)

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

- ✓ Trapianto di rene, cuore, polmone da donatore HBsAg- e HBcAb+ in pazienti HBsAg+ o pazienti HBsAg- ma vaccinati contro il virus B
- ✓ Donatori con infezioni sistemiche di cui è noto il germe, in trattamento

Rischio non valutabile

Casi in cui il processo di valutazione non permette un'adeguata valutazione del rischio per mancanza di uno o più elementi di valutazione

1. Anamnesi non disponibile
2. Esecuzione di esami non disponibile

In questi il donatore non è escluso a priori, deve essere discusso con il centro interregionale trapianti caso per caso in funzione delle informazioni disponibili e delle condizioni di urgenza del ricevente

Rischio standard

Per donatore standard si intende un donatore che non presenti al momento della donazione o nell'anamnesi storia di neoplasia. Nel concetto di donatore standard rientrano anche tutte le condizioni di precancerosi e displasia.

RIANIMATORE e INFERMIERE DEDICATO	Raccolta anamnestica accurata (parenti, medico di famiglia, documentazione clinica rintracciabile): storia di neoplasie, interventi chirurgici, etilismo, tabagismo, comportamenti a rischio, tossicodipendenze, detenzione in carcere, abitudini sessuali, viaggi in zone con patologie endemiche, malattie infettive negli altri membri della famiglia (esantemi). Es. obiettivo: (cicatrici, lesioni cutanee, piercing, tatuaggi, nevi ...) Misurazioni antropometriche (scheda CRT)
--	--

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

<p>Laboratorio Lanusei</p> <p>Emocromo + FL ○ PLT ○ Creatininemia, Azotemia ○ Na, K, Ca, Cl ○ Protidemia totale ○ Albumina ○ CPK e CKMB ○ Troponina ○ Glicemia ○ LDH ○ GOT, GPT, GGT ○ Bilirubina tot. e diretta ○ ALP ○ Amilasi e lipasi, ○ PT INR, PTT, fibrinogeno ○ Esame urine completo ○</p> <p>EGA di base e al 100% O2 ○ PSAtot/libero (M>50aa) ○ β-HCG ***</p> <p>Esami culturali: ****</p> <p>broncoaspirato ○ Urinocoltura ○ Emocoltura ○ Tampone rettale ○ BAL COVID*****</p>	<p>Laboratorio Lanusei</p> <p>Anti-HIV 1 e 2 ○ HBsAg, HBCAb ○ (se positivo: -HBSAb, -HBV DNA* -pannello HDV, vedi sotto) Anti-HCV ○ (se positivo: -HIV-RNA a Nuoro -Genotipo*) Anti-VZV ** ○</p> <p>C.T. Lanusei</p> <p>Gruppo sanguigno ○ (provetta emocromo)</p> <p>Laboratorio S.Francesco Nuoro</p> <p>CMV-IgG, ○ Toxo IgG ○ VDRL ○ (se positivo: TPHA) Anti-HSV1 e2 ** ○ Anti-EBV ○ (VCAIgG, EBNA) **</p> <p>HDVAg o HDVIg o HDV-RNA (se HBsAg pos)</p>	<p>Centro Regionale Trapianti Cagliari (Osp. Binaghi)</p> <p>11 provette:</p> <p>2 provette da 7 ml in ACD (tappo giallo) 3 provette da 3 ml in EDTA (tappo viola) 6 provette da 7 ml in litio eparina (tappo verde)</p> <p><i>Ogni provetta deve portare etichetta con nominativo e la data di nascita del pz, data del prelievo ed esecutore. L'insieme delle provette fa parte di un Kit che deve essere ripristinato dopo ogni valutazione di PDO.</i></p> <p>Terapia Intensiva</p> <p><i>Prelevare 2 provette da siero da tenere a disposizione per test sierologici secondari su sangue non diluito.</i></p>
--	---	---

Specificare al Centro Trasfusionale di conservare il prelievo di siero per ulteriori esami infettivologici.

*: non vincolante ai fini della procedura di prelievo e trapianto ma acquisire appena possibile

esami eseguiti a **Nuoro, eseguibile anche dopo il trapianto;

***: donne in età fertile, nel caso in cui non sia chiara la causa dell'emorragia cerebrale;

****: all'ingresso e il giorno della donazione

*****: **stampare etichetta per "Tampone Covid Nuoro" e specificare nelle note: prelievo su BAL**

Se nei mesi estivi PDO sospetto per encefalite, prelevare su sangue e liquor:

HSV-DNA, VZV-DNA, HHV-6-DNA, CMV-DNA, BEBV-DNA, Enterovirus-RNA, West Nile Virus-RNA (**Nuoro**)

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**Allegato F: Valutazione Dello Stato Funzionale Degli Organi****ECG****Ecocardiogramma** con valutazione di FE e SIV**RX** torace

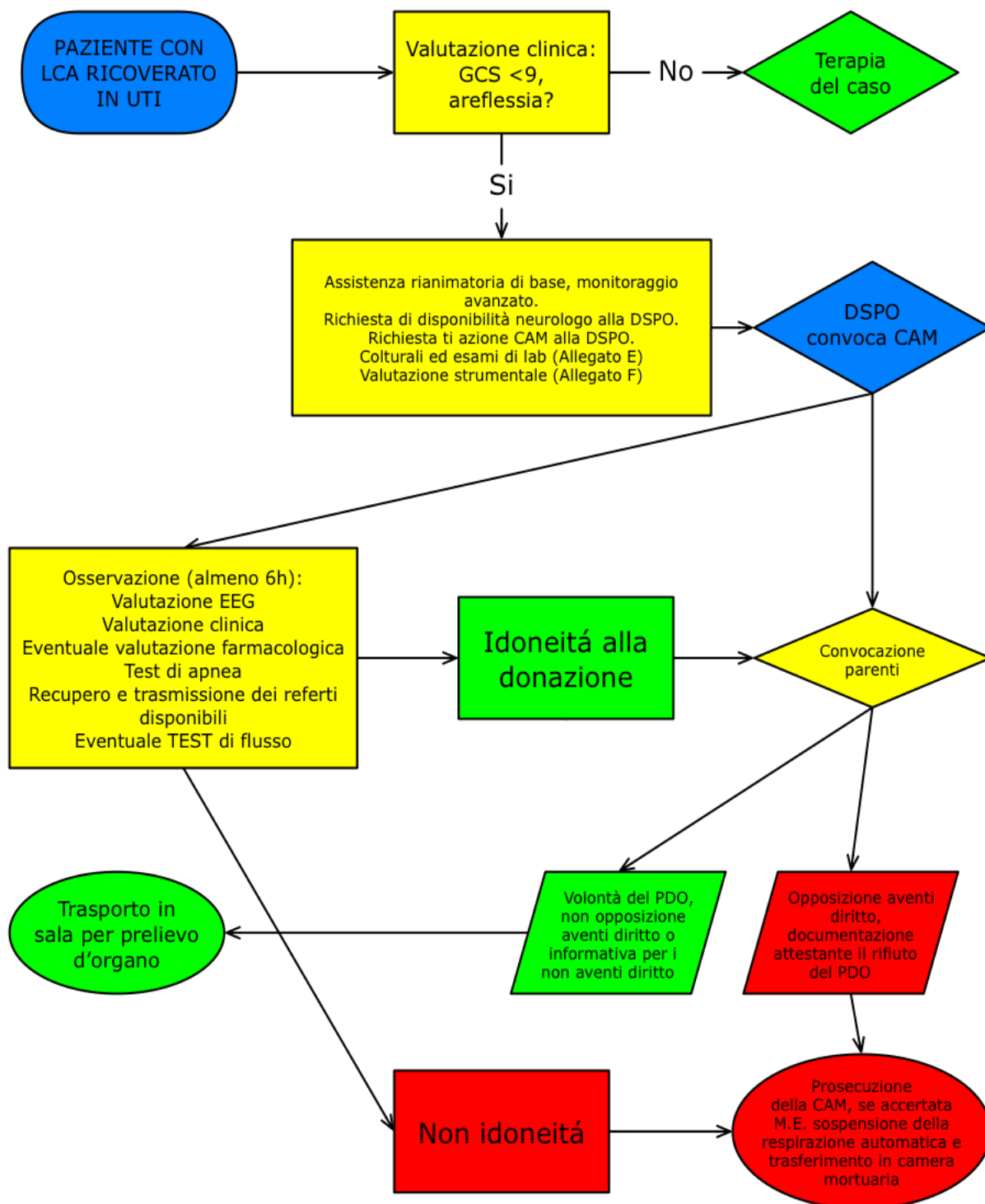
Ecografia addome completo (si rimanda all'apposito Allegato per scheda valutazione co-addome)

Si raccomanda inoltre l'esecuzione di:

- **TAC torace con m.d.c** per i potenziali donatori di polmoni (età ≤ 69 aa)
- **TAC addome con m.d.c** per potenziali donatori di fegato (età ≤ 50 aa e rischio standard)
- **TAC toraco-addominale con m.d.c.** per i donatori con sospetto diagnostico di lesione neoplastica conosciuta o rilevata in corso di ricovero

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore

Allegato G: Vademecum Priorità Nella Lca



Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**Allegato H: Trattamento In Sala Operatoria**

Nella Sala Operatoria ove avverrà il prelievo dev'essere possibile continuare le terapie ed il monitoraggio praticati in Rianimazione.

Obiettivi:

Mantenere una corretta perfusione ed ossigenazione degli organi da prelevare ⇨

regola del 100: PAS > 100 ,PaO₂ > 100 ,Hb > 100g/l ,Diuresi > 100 ml/h

Agevolare le manovre chirurgiche in tutte le loro fasi:

- *Blocco della risposta adrenergica* mediante: Fentanyl 1,5-2 µg/kg (o altro oppioide), Betabloccanti a breve azione se presente ipertensione arteriosa, Antiaritmici se presenti aritmie
- *Blocco dei riflessi spinali:* miorisoluzione in bolo pre-incisione o in infusione continua
- *Mantenimento della volemia* fino al momento della cardioplegia: valutare le perdite intraoperatorie, attraverso il controllo della PVC, della PA e dell'emocromo, compensandole con il riempimento volemico/ammine.
- *Avere a disposizione in Centro Trasfusionale* almeno: 4 Unità di EPL e 2 Unità di PFC.
- *Trattamento sintomatico delle conseguenze delle manipolazioni chirurgiche:* Aritmie, emorragie, alterazioni del ritorno venoso con variazioni della PVC
- *Somministrare eparina* prima dell'incannulamento dei grossi vasi addominali: Eparina 350-400 UI/kg
- *Ritirare il catetere centrale* al di sopra della linea di sezione della cava inferiore
- Dopo la somministrazione della soluzione cardioplegica, ad arresto cardiaco avvenuto *sospendere la ventilazione*
- *Mantenere una corretta ossigenazione*

Accertamento di morte encefalica e identificazione del possibile donatore**Allegato I: Modulistica**[Segnalazione DSPO paziente in possibile M.E.](#)[Richiesta Neurologo e Tecnico EEG](#)[Attivazione CAM](#)[Insedimento Collegio Medico e Osservazione](#)[Richiesta nullaosta Autorità Giudiziaria](#)[Informativa parenti aventi diritto](#)[Informativa parenti non aventi diritto](#)[Segnalazione CRT paziente PDO](#)[Modulo valutazione eco-addome](#)[Modulo valutazione prostata](#)[Report prelievo d'organo](#)[Report prelievo di cuore](#)[Report prelievo di fegato](#)[Report prelievo di pancreas](#)[Report prelievo di polmoni](#)[Modulo Necrokidney](#)[Regolamento per il rimborso delle spese funerarie](#)[Richiesta contributo spese funerarie](#)

SEGNALAZIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA DI SOGGETTO IN MORTE ENCEFALICA

Alla Direzione del P.O.

Ai sensi dell'art.3 della legge 578 del 29.12.1993. si comunica che:

Il/la sig./sig.ra			
Nato/a a		il	

affetto da lesioni encefaliche e sottoposto a misure rianimatorie in questo reparto, presenta le condizioni dall'art.2 del D.M.S. n. 582 del 22 Agosto 1994 per l'accertamento della morte.

Si chiede pertanto di convocare prontamente il collegio medico di cui all'art. 2 comma 5 della legge 578 del 29.12.1993.

Si comunica inoltre che Il/la paziente potrebbe essere considerato idoneo all'eventuale prelievo di organi a scopo di trapianto terapeutico.

**Non necessita nulla osta da parte dell'Autorità Giudiziaria****Necessita nulla osta da parte dell'Autorità Giudiziaria**

Lanusei _____

Cordiali Saluti

Direttore Anestesia e Rianimazione**Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione****PO "Nostra Signora della Mercedes"**

via dott.G. Pilia 08045 Lanusei

centralino tel. 0782 490211

direzione tel. 0782 490311- 303 -254

fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

**RICHIESTA DISPONIBILITÀ MEDICO NEUROLOGO ESPERTO IN ELETTROENCEFALOGRAFIA
E TECNICO ELETTROENCEFALOGRAFISTA.**Al Direttore Sanitario

Si richiede la disponibilità di un Medico Neurologo esperto in elettroencefalografia e di un tecnico Elettroencefalografista del vostro Ospedale al fine di costituire il Collegio Medico per l'accertamento della morte cerebrale su un paziente ricoverato presso U.O. Rianimazione di questo Presidio Ospedaliero. Quanto sopra ai sensi delle vigenti disposizioni (art. 2 legge 29 dicembre 1193, n. 578).

Lanusei. _____

Cordiali Saluti

Direttore P.O.**Dirigente Medico Direzione sanitaria P.O.****Dott. Luigi Ferrai****PO "Nostra Signora della Mercede"**

via dott.G. Pilia 08045 Lanusei

centralino tel. 0782 490211

direzione tel. 0782 490311- 303 -254

fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

ATTIVAZIONE DELLA COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELLO STATO DI MORTE CEREbraLE

Al Collegio Medico :	Dott.
	Dott.
	Dott.
Direttore Anestesia e Rianimazione	Dott.
Direttore Neurologia di Nuoro	Dott.

Oggetto: Attivazione della commissione per l'accertamento dello stato di morte cerebrale

In ordine alla comunicazione del Dott./Dott.ssa	
dell'esistenza di un caso di probabile Morte cerebrale	
nel paziente	affetto da lesioni encefaliche

sottoposto a misure rianimatorie ed attualmente ricoverato presso la UOC di Anestesia e Rianimazione

ai sensi dell'art. 3 della L. 578/1993 e dell'art. 2, c.1, del DLgs 582/1994, denominato "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte" e del Decreto del Ministero della Salute del 11/04/2008, si dispone l'attivazione del Collegio Medico di cui al comma 5 della L. 578/1993, così composto:

Anatomo Patologo / Medico Direzione Sanitaria	
Medico Anestesista Rianimatore	
Neurofisiopatologo o Neurologo esperto in EEGrafia	

Si coglie l'occasione per rammentare che la partecipazione al Collegio Medico è obbligatoria e rientra nei doveri di ufficio del nominato.

Lanusei. _____

Cordiali Saluti

Direttore di P.O.

Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O..

Dott. Luigi Ferrai

PO "Nostra Signora della Mercede"

via dott.G. Pilia 08045 Lanusei

centralino tel. 0782 490211

direzione tel. 0782 490311- 303 -254

fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

 ASLOglastra Azienda socio-sanitaria locale	S.C. Anestesia e Rianimazione Procedura Operativa Standard	ASL4 Oglastra - POS A/R 05	Revisione 01/04/2023	
INSEDIAMENTO DEL COLLEGIO MEDICO Legge n° 578 del 1993				

Alle ore

Del giorno

presso il reparto di Anestesia e Rianimazione dell'Osp. N.S. della Mercedes di Lanusei si è riunito il **Collegio Medico**, costituito dai Medici:

Medico di Direzione Sanitaria		Nato a		il			
Medico Legale		Nato a		il			
Medico Anestesista Rianimatore		Nato a		il			
Medico Neurofisiopatologo o Neurologo esperto in EEGrafia		Nato a		il			

Il **Collegio Medico**, previsto dalla legge n. 578/93, è stato attivato stante la comunicazione del Dir. Medico della U.O.C Anestesia e Rianimazione Dr _____ pervenuta alla Direzione Sanitaria di Presidio alle ore _____ del ____/____/____ sulla sussistenza delle condizioni di cui all'art 2 del Decreto Ministero della Sanità 11 Aprile 2008 (aggiornamento del Decreto Ministero della Sanità n. 582, 22 agosto 1994) ed è stato nominato con atto formale della Direzione Sanitaria di Presidio prot. n. _____ del ____/____/____.

GENERALITA' DEL PAZIENTE

nome		cognome	
Nato a		il	
residenza		Estremi doc. identità	

Ricoverato/a alle ore		Del		Presso U.O.	
E quindi presso U.O.		dal		Presso U.O.	

dell'Ospedale Nostra Signora della Mercedes di Lanusei Cartella clinica n° _____

Diagnosi si ammissione:

PRIMO ACCERTAMENTO

Alle ore		Del		il Collegio Medico ha iniziato ad accertare la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:
----------	--	-----	--	--

1. assenza di attività elettrica di origine cerebrale, spontanea e provocata di ampiezza superiore a due microVolts su qualsiasi regione del capo, documentata mediante registrazione elettroencefalografica.

Inizio registrazione: ore

Fine registrazione: ore

Durata della registrazione: ore e minuti

Tec. neurofisiopatologia		Nato a		il	
--------------------------	--	--------	--	----	--

Sotto diretto controllo del neurofisiologo o neurologo esperto in EEG, la registrazione elettroencefalografica è stata effettuata con la seguente metodologia:

Analogica

PO "Nostra Signora della Mercedes"

via dott.G. Pilia 08045 Lanusei

centralino tel. 0782 490211

direzione tel. 0782 490311- 303 -254

fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

INSEDIAMENTO DEL COLLEGIO MEDICO
Legge n° 578 del 1993

- sono stati utilizzati 8 elettrodi posti simmetricamente sullo scalpo, secondo il Sistema 10-20 Internazionale, in modo da esplorare tutte le aree cerebrali (Fp2, C4, T4, O2, Fp1, C3, T3, O1).
 - le derivazioni sono bipolari con distanza interelettrodica non inferiore a 10 cm.
 - le impedenze elettrodiche sono comprese fra 0.1 e 10 KOhms.
 - l'amplificazione è stata di 2 microVolts/mm e la calibrazione con deflessione positiva o negativa di 5 mm per un segnale di 10 microVolts.
 - nel corso della registrazione sono state utilizzate almeno due costanti di tempo (di 0.1 e 0.3 sec.).
 - durante l'esame è stata ripetutamente valutata la reattività nel tracciato elettroencefalografico a stimolazioni acustiche e dolorifiche..
- La registrazione elettroencefalografica allegata al verbale è stata effettuata su carta e viene repertata dal neurofisiologo o neurologo esperto in EEG nel 1° foglio di registrazione del tracciato elettroencefalografico (**allegato 1**)

Digitale

- sono stati utilizzati 8 elettrodi posti simmetricamente sullo scalpo, secondo il Sistema 10-20 Internazionale, in modo da esplorare tutte le aree cerebrali (Fp2, C4, T4, O2, Fp1, C3, T3, O1) con distanza interelettrodica di 10 cm.
 - l'elettrodo di riferimento è stato posizionato in posizione intermedia tra Fz e Cz (Fz').
 - le derivazioni sono monopolari e sono visualizzate con derivazione bipolare (Fp2-C4, C4-T4, T4-O2, Fp1-C3, C3-T3, T3-O2) oppure con le seguenti derivazioni bipolari _____
 - la modalità di registrazione è stata effettuata con una frequenza di campionamento di 128 campioni al secondo e conversione analogico/digitale di 16 Bit.
 - l'apparecchio EEGrafico è dotato di filtro antialiasing
 - la visualizzazione del segnale sul monitor è stata gestita con una scheda grafica con 1024x768 punti di definizione.
 - l'acquisizione del segnale è a banda aperta: per la visione del segnale sono stati utilizzati i seguenti filtri HFF 70 Hz e LFF 0,5 Hz.
 - la registrazione EEGrafica è registrata su supporto inalterabile ottico per archiviazione in duplice copia in formato visualizzabile su sistema EEGrafico compatibile o su personal computer tramite programma di visualizzazione (Viewer).
 - è stata valutata la reattività a stimolazioni acustiche e nocicettive.
- Il referto della registrazione elettroencefalografica digitale costituisce l'(**allegato 1**).
- I CD allegati costituiscono gli (**allegato 2-3**).

2.Parametri neurologici:

- a. assenza dello stato di vigilanza e di coscienza;
- b. assenza dei riflessi del tronco encefalico:
- riflesso fotomotore,
 - riflesso corneale,
 - reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino,
 - risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato,
 - riflesso oculo vestibolare,
 - riflesso faringeo,
 - riflesso carenale;

3. Assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO2 arteriosa non inferiore a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40, in assenza di ventilazione artificiale;

È stato effettuato un controllo emogasanalitico alle ore		che evidenzia i seguenti valori di pH		e pCO2	
(allegato 4)					

PO "Nostra Signora della Mercedes"
via dott.G. Pilia 08045 Lanusei
centralino tel. 0782 490211
direzione tel. 0782 490311- 303 -254
fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

 ASLOglastra Azienda socio-sanitaria locale	S.C. Anestesia e Rianimazione Procedura Operativa Standard	ASL4 Ogliastro - POS A/R 05	Revisione 01/04/2023	
INSEDIAMENTO DEL COLLEGIO MEDICO Legge n° 578 del 1993				

Durante il periodo di apnea, nel soggetto non vi è stato alcun segno di attività respiratoria spontanea.

Il Collegio Medico ha verificato che l'accertamento è stato compiuto in assenza di somministrazione di farmaci depressori del SNC, condizioni di ipotermia (T.C. _____°C), alterazioni endocrino metaboliche e che in anamnesi non risultano condizioni di ipotensione sistemica pregressa e che la condizione di morte cerebrale non sia da attribuire a danno anossico cerebrale.

SECONDO ACCERTAMENTO

Alle ore		Del		il Collegio Medico ha iniziato ad accertare la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:
----------	--	-----	--	--

1. assenza di attività elettrica di origine cerebrale, spontanea e provocata di ampiezza superiore a due microVolts su qualsiasi regione del capo, documentata mediante registrazione elettroencefalografica.

Inizio registrazione: ore	
Fine registrazione: ore	
Durata della registrazione: ore e minuti	

Tec. neurofisiopatologia		Nato a		il	
--------------------------	--	--------	--	----	--

Sotto diretto controllo del neurofisiologo o neurologo esperto in EEG, la registrazione elettroencefalografica è stata effettuata con la stessa metodologia adottata durante il PRIMO ACCERTAMENTO

Analogica

La registrazione elettroencefalografica allegata al verbale è stata effettuata su carta e viene repertata dal neurofisiologo o neurologo esperto in EEG nel 1° foglio di registrazione del tracciato elettroencefalografico (**allegato 5**)

Digitale

Il referto della registrazione elettroencefalografica digitale costituisce l'(**allegato 5**).

I CD allegati costituiscono gli (**allegato 6-7**).

2. Parametri neurologici

a. assenza dello stato di vigilanza e di coscienza;

b. assenza dei riflessi del tronco encefalico:

- riflesso fotomotore,
- riflesso corneale,
- reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino,
- risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato,
- riflesso oculo vestibolare,
- riflesso faringeo,
- riflesso carenale

3. Assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO₂ arteriosa non inferiore a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40, in assenza di ventilazione artificiale;

È stato effettuato un controllo emogasanalitico alle ore		che evidenzia i seguenti valori di pH		e pCO ₂	
--	--	---------------------------------------	--	--------------------	--

(**allegato 6**)

Durante il periodo di apnea, nel soggetto non vi è stato alcun segno di attività respiratoria spontanea.

PO "Nostra Signora della Mercedes"

via dott.G. Pilia 08045 Lanusei

centralino tel. 0782 490211

direzione tel. 0782 490311- 303 -254

fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

INSEDIAMENTO DEL COLLEGIO MEDICO
Legge n° 578 del 1993

Il Collegio Medico ha verificato che l'accertamento è stato compiuto in assenza di somministrazione di farmaci depressori del SNC, condizioni di ipotermia (T.C. ____°C), alterazioni endocrino metaboliche e che in anamnesi non risultano condizioni di ipotensione sistemica pregressa e che la condizione di morte cerebrale non sia da attribuire a danno anossico cerebrale.

DICHIARAZIONE DI DECESSO

Alle ore **del** **termina il periodo di osservazione**

Il **collegio Medico** ha riscontrato la contemporanea presenza delle seguenti condizioni previste dagli art 2. 3. e 4. del Decreto del Ministero della Sanità 11 Aprile 2008 (aggiornamento del Decreto Ministero della Salute n°582 22 agosto 1994):

- 1) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza;
- 2) assenza di riflesso foto motore, riflesso corneale, reazione a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino, risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato, riflesso oculo vestibolare, riflesso faringeo, riflesso carenale;
- 3) assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO₂ arteriosa non inferiori a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40 in assenza di ventilazione artificiale;
- 4) silenzio elettrico cerebrale, documentato da E.E.G. eseguito secondo le modalità tecniche riportate nell'allegato 1 del Decreto Ministero della Sanità dell'11 Aprile 2008. (aggiornamento del Decreto Ministero della Sanità n. 582, 22 agosto 1994).

L'osservazione è iniziata alle ore _____ e la simultaneità delle condizioni di cui punti 1. 2. 3. e 4. è stata rilevata dal Collegio Medico per almeno due volte all'inizio e alla fine del periodo di osservazione che si è protratto complessivamente per ore _____

Il Collegio Medico conclude, con giudizio unanime al termine del periodo di osservazione che il paziente, sig. _____ è clinicamente morto, alle _____ ore _____ del _____ giorno _____.

A norma dell'Art 8 della legge 644/1975 il presente verbale composto di ____ fogli e di ____ allegati è parte integrante della cartella clinica insieme agli allegati.

	Nome Cognome	Firma
Medico di Direzione Sanitaria		
Medico Legale		
Medico Anestesista Rianimatore		
Medico Neurofisiopatologo o Neurologo esperto in EEGrafia		

PO "Nostra Signora della Mercedes"
via dott.G. Pilia 08045 Lanusei
centralino tel. 0782 490211
direzione tel. 0782 490311- 303 -254
fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PRELIEVO DI ORGANI E/O TESSUTI A SCOPO DI
TRAPIANTO TERAPEUTICO****PROCURA DEL TRIBUNALE DI LANUSEI**

Si richiede autorizzazione ad eseguire intervento di prelievo di organi e/o tessuti a scopo di trapianto dal

Cadavere di**Nato a****Residente a****Via e N°**

affetto da lesioni encefaliche e sottoposto a misure rianimatorie in questo reparto.

Detto soggetto presenta le condizioni previste dalla Legge 578/1993, D.M.S. 582/1994 per l'accertamento di morte, in seguito a:

Dell'evento è stata data comunicazione all'Autorità Giudiziaria con referto n°

del da parte di

Il periodo di osservazione medico-legale per l'accertamento di morte decorre

Dalle ore		del		E scade alle ore		del	
-----------	--	-----	--	------------------	--	-----	--

Pregasi di comunicare

	fax	mail
Direzione sanitaria	0782/490298	pou.assllanusei@atssardegna.it
Rianimazione	0782/490280	

Lanusei. _____

Cordiali Saluti

Direttore di P.O.

Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O.

Dott. Luigi Ferrai

PO "Nostra Signora della Mercedes"

via dott.G. Pilia 08045 Lanusei

centralino tel. 0782 490211

direzione tel. 0782 490311- 303 -254

fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

INFORMATIVA PER I FAMILIARI**DIRETTORE SANITARIO PO**Io Dott./Dott.ssaai sensi dell'articolo 23 della legge 1/4/99 n°91, dichiaro di aver informato gli **aventi diritto*** che il loro congiuntoSig./sig.ra

per il quale è in corso l'accertamento di morte ai sensi della Legge 29/12/1993 n°578 e del Decreto 22/8/1994 n°582 è stato riconosciuto come potenziale donatore di organi a scopo di trapianto.

Ho altresì informato gli aventi diritto che:

- nel caso in cui risulti una volontà espressa dal loro congiunto attraverso le modalità previste dal Decreto 8/4/2000 (Dichiarazione di volontà sottoscritta o registrazione contenuta nel sistema informativo nazionale dei trapianti), essi hanno la possibilità di presentare una successiva dichiarazione opposta del loro congiunto di cui siano in possesso;
- nel caso in cui non risulti alcuna volontà del loro congiunto il prelievo è consentito salvo che essi presentino opposizione scritta entro la fine del periodo di osservazione di cui all'art.4 del Decreto 22/8/1994 n°582;
- ai sensi della Legge 29/12/1993 n°578 e del Decreto 22/8/1994 n°582, al termine di detto periodo verrà comunque dichiarata la morte del soggetto e, di conseguenza, sospeso ogni supporto ventilatorio, anche nel caso di espressione di opposizione alla donazione da parte del soggetto stesso o di opposizione degli aventi diritto.

(*) coniuge non legalmente separato o convivente more uxorio, o in mancanza, figlio/a maggiorenne, in mancanza di questi ultimi, i genitori ovvero il rappresentante legale

Per presa conoscenza

COGNOME E NOME	FIRMA	RAPPORTO DI PARENTELA
----------------	-------	-----------------------

L'avente diritto si oppone al prelievo degli organi del proprio congiunto

COGNOME E NOME	FIRMA	RAPPORTO DI PARENTELA
----------------	-------	-----------------------

Lanusei. _____

Cordiali Saluti

Direttore SC Anestesia Rianimazione

Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione

PO "Nostra Signora della Mercedes"

via dott.G. Pilia 08045 Lanusei

centralino tel. 0782 490211

direzione tel. 0782 490311- 303 -254

fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

INFORMATIVA PER I FAMILIARI NON AVENTI DIRITTO*Io Dott./Dott.ssa*

ai sensi dell'articolo 23 della legge 1/4/99 n°91, dichiaro di aver informato i **non aventi diritto** che il loro congiunto

Sig./sig.ra

per il quale è in corso l'accertamento di morte ai sensi della Legge 29/12/1993 n°578 e del Decreto 22/8/1994 n°582 è stato riconosciuto come potenziale donatore di organi a scopo di trapianto.

Ho altresì informato il Sig.re/la Sig.ra _____ che non rientra tra gli aventi diritto ai fini dell'opposizione di cui all'art.23, comma 2, L.1/4/99 n. 91 e che ha la possibilità di produrre una eventuale dichiarazione di volontà circa a donazione resa in vita dal defunto, datata e sottoscritta.

COGNOME E NOME	FIRMA	RAPPORTO DI PARENTELA
COGNOME E NOME	FIRMA	RAPPORTO DI PARENTELA
COGNOME E NOME	FIRMA	RAPPORTO DI PARENTELA
COGNOME E NOME	FIRMA	RAPPORTO DI PARENTELA

Lanusei _____

Cordiali saluti

Direttore SC Anestesia Rianimazione**Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione****PO "Nostra Signora della Mercede"**

via dott.G. Pilia 08045 Lanusei

centralino tel. 0782 490211

direzione tel. 0782 490311- 303 -254

fax 0782 490298

pou.assllanusei@atssardegna.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

Data segnalazione:	Ora:	Coordinatore in turno CRT:	CODICE SIT:
Ospedale/Reparto:		Città	
Medico referente dell'ospedale :Dott.		Coordinatore locale del prelievo: Dott.	
MONITORAGGIO RISCHIO INFETTIVO IN RIANIMAZIONE:		presenza in rianimazione di germi multiresistenti entro 15 gg precedenti la donazione SI _____ NO	

DATI ANAGRAFICI ED ANTROPOMETRICI

Cognome Nome		Nazione		Regione, Comune e data di nascita : / /	
CF:		Regione e Comune di residenza: Indirizzo:			
Età:	Sesso: M / F	Emogruppo	Rh:	Peso (Kg):	Altezza (cm):
Circ. toracica transmam. (cm):		Circ. toracica marg. cost. inf. (cm):		Circ. addominale ombelicale (cm):	
Dist. giugulo xifoidea (cm):		Dist. acromion costale (cm):		Dist. acromion giugulo (cm):	

DECORSO CLINICO RECENTE

Causa di morte:	Primo evento:	Data
Sede primo ricovero: PO/AO	Data	Ora
Ricovero nell'attuale rianimazione Data	Ora	Intubazione tracheale Data Ora
Patologie traumatiche associate: SI NO	Quali	
Interventi chirurgici in acuto: SI NO	Quali	
Episodi febbrili : SI NO specificare:		
Note cliniche:		

Inizio osservazione della morte cerebrale	Orario di fine osservazione	Orario procrastinato
Data Ora	Data Ora	Data Ora
Orario previsto per i prelievi Data Ora	Richiesta autopsia SI NO	
Arresto cardiaco irreversibile SI NO	Data Ora	decesso per arresto cardiocircolatorio

AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO

Opposizione donazione organi	Da verificare NO SI
Modalità espressione volontà :	<input type="checkbox"/> Dichiarazione familiare <input type="checkbox"/> Tessera AIDO <input type="checkbox"/> Sistema Informatico (SIT)
Autorizzazione della Procura	Da verificare SI NO Consenso donazione cornee SI / NO <input type="checkbox"/> Non richiesto (motivo:)

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email: cort.crtsardegna@aslccagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

DATI ANAMNESTICI 1: ANAMNESI PATOLOGICA

Data compilazione: _____

Modalità raccolta: Notizie Disponibili: SI NO

Referente: Dott. _____ Firma _____

<input type="checkbox"/> INTERFACCIAMENTO CON TESSERA SANITARIA
<input type="checkbox"/> COLLOQUIO CON MEDICO CURANTE
<input type="checkbox"/> COLLOQUIO CON FAMILIARI
<input type="checkbox"/> ESAME CARTELLA CLINICA
<input type="checkbox"/> ALTRO:

Patologia	note	Patologia	note
Malattie ematologiche SI NO		Nefro- Uro patie SI NO	
Cardiopatie SI NO		Osteoporosi SI NO	
Pneumopatie SI NO		Artrite Reumatoide SI NO	
Epatopatie SI NO		Vasculopatie arteriose SI NO	
Ipertensione SI NO	Durata _____ Terapia SI NO	Vasculopatie venose SI NO	
Diabete SI NO	Durata _____	Patologie psichiatriche SI NO	
Insulinodipend. SI NO	Ter. Orale SI NO	Patologie congenite SI NO	
Dislipidemie SI NO		Sindrome di Marfan SI NO	
Sindrome di Down SI NO		Patologie autoimmuni SI NO	Tipo/durata
Sindrome di Noonan: SI NO		Pregressi interventi chirurgici SI NO	Quali e quando?
Uso cronico di farmaci SI NO	Quali?		

ALTRE NOTIZIE ANAMNESTICHE

Anoressia e/o Bulimia SI NO	Irregolarità mestruali SI NO
Gravidanza in atto SI NO	Interruzione gravidanza recente SI NO Note:
Tabagismo SI NO durata: sigarette die:	Alcool: quantità die: _____ Etilismo cronico SI NO durata Note:

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email: cort.crtsardegna@aslccagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

DATI ANAMNESTICI 2: RISCHIO INFETTIVO GENERALE

MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE <i>SI NO</i>	Se si specific. Quali e quando:	eventuale trattamento:	è presente documentazione comprovante il trattamento effettuato? <i>SI (allegare) NO</i>
MALATTIE INFETTIVE IN ATTO ? SI NO (se viene barrato il NO trascurare le domande seguenti)			
Rischio di trasmissione di patologia infettiva legato a viaggi No Si			
Evidenza clinica o di laboratorio di infezioni da HIV, HBV o HCVNo Si Ittero			
di eziologia sconosciuta No Si			
Infezioni sistemiche (virali, batteriche, fungine e parassitarie) No Si Quali?			
Terapia in atto?			
Encefalite No Si Terapia in atto?			
Meningite No Si Terapia in atto?			
Tubercolosi No Si Terapia in atto?			
Malattie veneree No Si Terapia in atto?			
Sindrome di Reye No Si Terapia in atto?			
Esantemi recenti o in atto No Si Terapia in			
atto? Esantemi recenti nei familiari No Si			
Epidemie di malattie infettive nell'asilo-scuola frequentata No Si			
Vaccinazioni nelle quattro settimane antecedenti alla donazione No Si QUALI			
Morsi, graffi o punture recenti di animali No Si Quando?			
Gravi infezioni locali degli organi o tessuti destinabili a donazione NN No Si			
Contatti stretti con persone affette da COVID-19 No Si			
Pregressa infezione COVID19 clinicamente documentata No Si			

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email:cort.crtsardegna@asltagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

Evidenza di fattori di rischio per HIV, HBV, HCV nell'ultimo mese	NO	SI
<i>Se viene barrato il sì, quali?</i>		
<input type="checkbox"/> Comportamenti sessuali a rischio <input type="checkbox"/> Prostituzione <input type="checkbox"/> Rapporti con soggetti con documentata infezione HIV <input type="checkbox"/> Rapporti con soggetti con documentata infezione HBV <input type="checkbox"/> Rapporti con soggetti con documentata infezione HCV <input type="checkbox"/> Uso di droghe <input type="checkbox"/> Esposizione a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV, HCV <input type="checkbox"/> Detenzione carceraria <input type="checkbox"/> Trattamento emodialitico <input type="checkbox"/> Soggetto sottoposto ad infusione cronica di emoderivati umani <input type="checkbox"/> Malattie veneree diagnosticate o trattate <input type="checkbox"/> Tatuaggi, piercing o agopuntura		

DATI ANAMNESTICI 3

Fattori di rischio per HIV, HBV, HCV negli ultimi 12 mesi Specificare: _____	NN	No	Si
--	----	----	----

ALTRI FATTORI DI RISCHIO

Soggetto sottoposto a trapianto di organi, tessuti, xenotrapianto	No	Si
Ingestione o esposizione a sostanza tossica in dose nociva	No	Si
Storia di trattamenti farmacologici a scopo immunosoppressivo	No	Si
Trattamenti chemioterapici	No	Si
Terapia radiante	No	Si
Malattia ad eziologia sconosciuta	No	Si

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ ***Data*** _____ ***Ora*** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
 070/6092915 - Email: cort.crtsardegna@asltagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

DATI ANAMNESTICI 4

FATTORI DI RISCHIO NEUROLOGICO O PER MALATTIE DA PRIONI

Evidenza di fattori di rischio neurologico o per malattie da prioni	NO	SI
<i>Se si quali?</i>		
Soggetto con M. di Creutzfeld-Jakob	<input type="checkbox"/>	
Famigliare con M. di Creutzfeld-Jakob	<input type="checkbox"/>	
Demenza o malattie croniche degenerative ad eziologia sconosciuta	<input type="checkbox"/>	
Malattia di Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Sclerosi multipla <input type="checkbox"/>
Sclerosi laterale amiotrofica	<input type="checkbox"/>	Panencefalite acuta sclerosante <input type="checkbox"/>
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/>	Leucoencefalite multifocale progressiva <input type="checkbox"/>
Utilizzo di ormoni di natura ipofisaria	<input type="checkbox"/>	Allotrapianto di dura madre <input type="checkbox"/>
Soggetto sottoposto ad interventi intracranici non specificati	<input type="checkbox"/>	
Soggetto sottoposto ad interventi o trasfusioni in GB dal 1984 al 1996	<input type="checkbox"/>	
Sindrome di Guillan-Barré	<input type="checkbox"/>	Epilessia accertata e in terapia <input type="checkbox"/>

FATTORI DI RISCHIO TRASMISSIONE NEOPLASIE

NEOPLASIA PREGRESSA		SI	NO
SE SI: Tipo neoplasia: _____			
Data diagnosi :		Sede neoplasia : _____	
Dimensioni : _____		Istologia : _____	
Grading :		Staging :	
Terapia chirurgica	SI	NO	Chemioterapia
Altra terapia			Terapia radiante
Anni liberi da malattia :		Note :	Follow up eseguito
			SI NO
NEOPLASIA IN ATTO		SI	NO
SE SI: Momento della rilevazione : [precedente al ricovero [durante il ricovero (pre-prelievo organi)			
Data diagnosi :		Tipo di neoplasia: _____	
Dimensioni :		Sede neoplasia : _____	
Grading :		Istologia : _____	
Grading :		Staging :	
Terapia chirurgica	SI	NO	Chemioterapia
Altra terapia			Terapia radiante
			SI NO
		Note :	

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email: cort.crtsardegna@aslccagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

DATI ANAMNESTICI 5: FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI PER DONAZIONE DI TESSUTI OCULARI

Valutazione Cornee eseguita SI NO
causa non valutazione:

Rischio specifico al prelievo di Cornee SI NO Infiammazioni e infezioni oculari in atto SI NO Malattie

congenite o acquisite dell'occhio che possono pregiudicare il risultato del trapianto SI NO Chirurgia

laser o refrattiva e altri interventi chirurgici sulla cornea SI NO

Precedenti interventi oculari (cataratta, glaucoma, etc.) SI NO

Sindrome di Marfan SI NO Sindrome di Down SI NO

Note :

MARCATORI VIRALI (Referto obbligatorio prima del prelievo degli organi per quelli sottolineati)

Donatore Adulto : Perdite ematiche (escluso emorr. Cerebrale) ? SI NO

Se SI : Prelievo antecedente trasfusioni, infusioni ? SI NO → Se NO : calcolare la presenza di emodiluizione secondo l'apposito diagramma → Campione emodiluito? SI NO

Donatore < 12 aa: se trasfuso/infuso e non disponibile un prelievo antecedente, calcolare l'emodiluizione anche in assenza di perdite ematiche.

HbsAg	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
AntiHbs	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
<u>AntiHbc (se positivo eseguire anche HBV DNA)</u>	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
Hbe Ag	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
AntiHbe	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
<u>AntiHDV (se HbsAg+)</u>	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
<u>AntiHCV</u>	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
<u>AntiHIV</u>	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
<u>VDRL/TPHA</u>	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
Anti CMV IgG	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
Anti Toxoplasma IgG	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
Anti VZV IgG	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
Anti Herpes Virus IgG	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
Anti Epstein Barr Virus IgG	<input type="checkbox"/> In Corso	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email:cort.crtsardegna@aslcagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

ESAME OBIETTIVO ESTERNO - 1

Sono presenti secrezioni bronchiali?	NO	SI
- Descrizione :		
Sono presenti cicatrici cutanee, cheloidi ?	NO	SI
- Descrizione		
Sono presenti segni di venopuntura?	NO	SI
- Descrizione :		
Sono presenti alterazioni mucose?	NO	SI
- Descrizione :		
Sono presenti petecchie e/o ecchimosi?	NO	SI
- Descrizione :		
Sono presenti lesioni erpetiche?	NO	SI
- Descrizione :		
Si riscontrano esantemi in atto?	NO	SI
- Descrizione :		
Sono presenti infezioni cutanee, dermatiti e/o parassitosi cutanee?	NO	SI
- Descrizione :		
Sono presenti nevi clinicamente sospetti o nevi multipli (>100)?	NO	SI
- Descrizione :		
Sono presenti tatuaggi ?	NO	SI
- Descrizione :		
Sono presenti piercing?	NO	SI
- Descrizione :		
E' presente ittero?	NO	SI
- Descrizione :		

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email:cort.crtsardegna@aslcagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

ESAME OBIETTIVO ESTERNO - 2

Si riscontrano anomalie alla palpazione della tiroide? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti anomalie alla palpazione della mammella? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti masse addominali palpabili? Descrizione :	NO	SI
Si riscontrano anomalie all'esplorazione rettale ? Descrizione :	NO	SI
Si riscontrano alterazioni sulle stazioni linfonodali superficiali? Descrizione :	NO	SI
Si riscontrano alterazioni all'ispezione genitali esterni ? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti fratture esposte? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti infezioni / infiammazioni o traumi oculari? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti abrasioni o ustioni acute estese? Descrizione :	NO	SI

Consulenza urologica (se PSA 4-10 con free/totale < 25% oppure se PSA totale >10)

Ecografia prostatica transrettale (se PSA 4-10 con free/totale < 25% oppure se PSA totale >10)

Ecografia mammaria (se necessaria):

Eventuali esami istologici effettuati(allegare referto):

Eventuali altre consulenze:

NOTE DEL RIANIMATORE O DEL COORDINATORE LOCALE

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email:cort.crtsardegna@asltagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

ANDAMENTO TEMPERATURA: Segnalare la temperatura max di ogni giornata di ricovero

ESEGUIRE EMOCOLTURE, URINOCOLTURE E BRONCOASPIRATO AL PRIMO RIALZO FEBBRILE
 (Centrale > 38.4) **OLTRE CHE AL MOMENTO DEL PRELIEVO**

	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA
Centrale							
Cutanea							

ESAMI MICROBIOLOGICI

		Data	Esito	Data	Esito	Microorganismi	Terapia antibiotica
Emocoltura	NO / SI						
Urinocoltura	NO / SI						
Broncoaspirato	NO / SI						
Tampone faringeo	NO / SI						
Tampone rettale	NO / SI						
Altro	NO / SI						

INDAGINI STRUMENTALI

ESAME	ESEGUITO DATA	REFERTO (da allegare alla scheda)
ECG		
ECOCARDIOGRAFIA (FE%, morfologia, cinetica)		
CORONAROGRAFIA		
RX TORACE		
TC TORACE		
ECOGRAFIA ADDOMINALE (epatica, renale, pancreatica, splenica)		
TC ADDOME		

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ ***Data*** _____ ***Ora*** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
 070/6092915 - Email: cort.crtsardegna@asltagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

PARAMETRI EMODINAMICI

Arresto cardiaco	NO / SI	N°	Durata / osservazioni
Intracardiaca	NO / SI	N°	Osservazioni
Defibrillazione esterna	NO / SI	N°	Osservazioni
Episodi di ipotensione grave (<80 mmHg)	NO / SI	N°	Durata / osservazioni

		Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora
PA (mmHg)						
FC (b/min)						
PVC (mm /Hg)						
Dopamina (γ/Kg/min)	Dose max Dose min					
Dobutam. (γ/Kg/min)	Dose max Dose min					
Adren/Nora (γ/Kg/min)	Dose max Dose min					
Trasfusioni	N°/ tipo					
Emoderivati	N°/ tipo					
Diuresi /hr						
Diuresi 24 hr						

EMOGAS ANALISI

		Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora
Fi O ₂						
Pa O ₂	Pa CO ₂					
pH	Sat. O ₂					
HCO ₃ ⁻	EB					

Test al 100% O ₂ (PEEP 5)	Pa O ₂	Pa CO ₂	pH	Sat. O ₂	HCO ₃ ⁻
Data ora					
Data ora					

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email:cort.crtsardegna@asltagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

ESAMI EMATOCHIMICI

TEST	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora
Globuli Rossi x 10 ⁶					
Hb g/dl					
Ematocrito %					
Globuli Bianchi x 10 ³					
Piastrine x 10 ³					
Azotemia mg/dl					
Creatinemia mg/dl					
Na mEq/L					
K mEq/L					
Cl mEq/L					
Ca mEq/L					
CPK U/L					
MB U/L					
Troponina					
GOT U/L					
GPT U/L					
γGT U/L					
LDH U/L					
Fosfatasi Alcalina U/L					
Amilasi U/ml					
Lipasi U/ml					
Glicemia mg/dl					
Bilir.Tot					
Dir mg/dl					
PT %					
PTT sec					
INR					
Fibrinog.					
AT III % (80-120)					
CHE U/L					
Prot. tot. g/L					
Alb. g/dl					
Colesterolo/Trigliceridi					
Clearance creatinina					
Esame Urine:					
Colore/aspetto					
Proteinuria					
Proteinuria/creatininuria ratio					
Chetoni					
Glucosio					
Hb					
Sedimento urinario					

ESAMI EMATOCHIMICI

TEST	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora
PSA (donatore > 50 anni)					
Totale/ libero/ rapporto					
β HCG					

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ *Data* _____ *Ora* _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email:cort.crtsardegna@asltagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

APPENDICE: CALCOLO EMODILUIZIONE (da applicarsi quando sussistono le condizioni e in ogni caso se vengono donate le cornee)

Donatore Adulto : Perdite ematiche (escluso emorr. Cerebrale) ? *SI NO*

Se *SI* : Prelievo per esami virologici antecedente trasfusioni, infusioni ? *SI NO* → Se *NO* : calcolare la presenza di emodiluizione secondo l'apposito diagramma

Donatore < 12 aa : se trasfuso/infuso e non disponibile un prelievo antecedente, calcolare l'emodiluizione anche in assenza di perdite ematiche.

DONATORE _____ **DATA DONAZIONE** _____

Data e ora del prelievo per virologici _____ Peso del donatore _____ Kg

Volume di sangue (BV) = peso del donatore (kg) _____ ÷ 0.015 = _____ mL

Volume plasmatici (PV) = peso del donatore (Kg) _____ ÷ 0.025 = _____ mL

A. Volume totale di sangue trasfuso nelle 48 ore prima del prelievo del campione

Globuli rossi trasfusi _____ mL

Sangue intero trasfuso _____ mL

TOTALE A. _____ mL

B. Volume totale dei colloidi infusi nelle 48 ore prima del prelievo del campione

Destrano _____ mL

Plasma _____ mL

Piastrine _____ mL

Albumina _____ mL

Hetastarch _____ mL

Altri colloidi _____ mL

TOTALE B. _____ mL

C. Volume totale di cristalloidi infusi nell'ora precedente il prelievo del campione

Soluz. Salina _____ mL

Destrosio in soluz. Acquosa _____ mL

Ringer Lattato _____ mL

Altri cristalloidi _____ mL

_____ mL

TOTALE C. _____ mL

Determinazione accettabilità del campione per esami virologici:

1. B+C > PV ☐ SI ☐ NO

2. A+B+C > BV ☐ SI ☐ NO

SE LE RISPOSTE AD ENTRAMBE LE DOMANDE SONO NO = CAMPIONE ACCETTABILE

SE UNA DELLE RISPOSTE E' SI = CAMPIONE NON ACCETTABILE (UTILIZZARE UN CAMPIONE PRE TRASFUSIONE/INFUSIONE)

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

Centro Regionale Trapianti Sardegna

Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari

CORT - Centrale Operativa Regionale Trapianti

Responsabile: Dott.ssa Francesca Zorcolo

PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Coord.
070/6092915 - Email: cort.crtsardegna@aslccagliari.it

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
	ECOGRAFIA ADDOME Elenco informazioni necessarie per PRELIEVO ORGANI	Data Emissione: 29/09/2019

FEGATO: dimensioni (diametro longitudinale e trasverso) margini ecogenicità parenchima Lesioni focali (assenti o presenti con eventuale descrizione e dimensioni) VENA PORTA (diametro) VIE BILIARI e COLEDOCO (regolari SI o NO) COLECISTI descrizione , presenza o meno di calcoli
MILZA. Dimensioni, ecogenicità , assenza o presenza lesioni focali
PANCREAS: Riflessione regolare o irregolare, anomalie
RENE DESTRO : dimensioni (diametro long. - Spessore parenchimale medio) Ecogenicità , rappresentazione cortico-midollare. Presenza o meno di cisti (eventualm. Con diametro maggiore) , eventuali lesioni
RENE SINISTRO: dimensioni (diametro long. - Spessore parenchimale medio) Ecogenicità , rappresentazione cortico-midollare. Presenza o meno di cisti (eventualm. Con diametro maggiore) Eventuali lesioni
VESCICA e vie escrettrici
Eventuale versamento,
Eventuali anomalie a carico dell'aorta

**MODULO PER LA VALUTAZIONE DELLA PROSTATA NEL POTENZIALE
DONATORE DI ORGANI/TESSUTI**

CENTRO DI RIANIMAZIONE _____ **DATA** ____/____/____ **ORA** ____/____

DATI DEL POTENZIALE DONATORE :

COGNOME _____ **NOME** _____ **NATO A** _____

MOTIVO DELLA CONSULENZA (quesito): _____

DIGITAL RECTAL EXAM (DRE)

ISPEZIONE DELLA REGIONE PERIANALE: _____

SUPERFICIE: **REGOLARE** ☐ **IRREGOLARE** ☐ **SIMMETRICA** ☐ **ASIMMETRICA** ☐

CONSISTENZA: **REGOLARE** ☐ **MOLLE** ☐ **TESO ELASTICA** ☐ **FIBROSA** ☐

FIBRO-PARENCHIMATOSA ☐ **DURO- LIGNEA** ☐

VOLUME: _____

CONTORNI: _____

MOBILITA': _____

ECOGRAFIA TRANS RETTALE : **SI** ☐ **NO** ☐

NOTE: _____

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

Dr. _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	VERBALE PRELIEVO ORGANI	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Data prelievo _____

Centro prelievo di _____

Nella S. O. di _____ alle ore _____

L'equipe chirurgica costituita da:

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

Ha eseguito il prelievo di _____ dal cadavere di _____

Nato/a _____ il _____ e residente a _____

In via _____ la cui morte è stata accertata, ai

sensi dell'art. 3 della Legge 578/93 ed art. 2 DPR 582/94 e dal decreto 11 aprile 2008, alle ore _____ del _____

Descrizione dell'intervento:

Si rimette il presente verbale alla Direzione ai sensi dell'articolo 3/8 della Legge 644/75

Alle ore _____ del giorno _____

I Chirurghi:

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Verbale di prelievo cuore	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
-------------------------------------	---------------------------

DONATORE		
Nome:	Cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT:	Centro di prelievo:	
Data e firma		

Organo prelevato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data e ora di inizio prelievo (incisione cute):	
Ora di estrazione del cuore:	Ora del cross clamp:	
Inizio perfusione	Fine perfusione	
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	
Litri perfusi:	Qualità della perfusione:	
Descrizione anatomica dell'organo ed eventuali anomalie:		
Descrizione dell'intervento e osservazioni:		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Firma:		

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 48 di 2	 Verbale di prelievo fegato	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2019

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
-------------------------------------	---------------------------

DONATORE		
Nome:	Cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT:	Centro di prelievo:	
Data e firma		

Organo prelevato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data e ora di inizio prelievo (incisione cute):	
Ora di estrazione organo:	Ora del cross clamp:	
Inizio perfusione:	Fine perfusione	
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	
Litri perfusi:	Qualità della perfusione:	
Descrizione dell'intervento e osservazioni:		
Descrizione anatomica dell'organo ed eventuali anomalie		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
NECESSITA' BIOPSIA : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Firma:		

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Verbale di prelievo pancreas	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
Data e firma	

DONATORE		
Nome:	Cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT:	Centro di prelievo:	

Organo prelevato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data e ora di inizio prelievo (incisione cute):	
Ora di estrazione dell'organo:	Ora del cross clamp:	
Inizio perfusione	Fine perfusione	
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	
Litri perfusi:	Qualità della perfusione:	
Descrizione dell'intervento e osservazioni:		
Descrizione anatomica dell'organo ed eventuali anomalie		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Firma:		

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Verbali di prelievo polmoni	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
Data e firma	

DONATORE		
Nome:	Cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT:	Centro di prelievo:	

Organi prelevati: DX <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SX <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data e ora di inizio prelievo (incisione cute):
Ora di estrazione organo:	Ora del cross clamp:	
Inizio perfusione	Fine perfusione	
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	
Litri perfusi:	Qualità della perfusione:	
Descrizione anatomica dell'organo ed eventuali anomalie:		
Descrizione dell'intervento e osservazioni:		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Firma:		

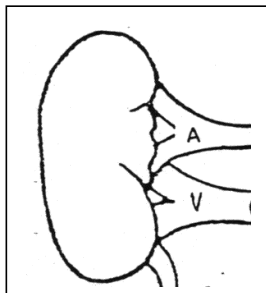
NECRO-KIDNEY

Ospedale di Prelievo **Data Prelievo** ____/____/____
Codice SIT **Iniziali Donatore** ____ **Data nascita** ____/____/____
Sesso M ☐ F ☐ **Gruppo ABO** ____ **Anamnesi e dati funzionali reperibili nella scheda DONATORE**
Rischio ☐ standard ☐ trascurabile ☐ accettabile per
Tipo: DBD ☐ - ECD-BD ☐ - DBD-ECMO ☐ **DCD:** DCD 2° ☐ - DCD 3° ☐ - DCD 4° ☐
 ➤ se DCD: **ACC** tempo totale ____ min; n° episodi ____ **Ora del Decesso** ____:____
ECLS/ECMO ☐ no ☐ si ora inizio ____:____ durata ____ min
nRP ☐ no ☐ si durata ____ min **WIT** ____ (DCD2: da ACC a nRP; DCD3: PA<50 / pO2<75% fino nRP o perfus. fredda)
Creatininemia ingresso ____ **ultima creat** ____ **Diuresi oraria** ____ ml/ora
Coordinatore Osp./Equipe donazione

ESPLORAZIONE del CAVO ADDOMINALE E TORACICO – PALPAZIONE ORGANI E LINFONODI

Non ha evidenziato lesioni macroscopiche apprezzabili ☐ Ha evidenziato lesioni (vedi verbale di prelievo) ☐
 Sono stati effettuati prelievi per esami biotipici ☐ **Note:**
 Esplorazione reni ☐ con apertura fascia perirenale ☐: **Lesioni sospette** ☐ no ☐ si _____

RENE DESTRO Inviato al CTx _____



Anatomia al prelievo

Arterie n° ____ Patch ☐ NO ☐ SI _____

Vene n° ____ Patch ☐ NO ☐ SI _____

Uretere ☐ Normale ☐ Lungo ☐ Corto o Decorticato _____

Clampaggio Aortico ora ____:____

Tipo e volume liquido perfusione _____ ml ____

Ora estrazione da cavità addominale ____:____

Perfusione del Rene al prelievo: ☐ Ottima ☐ Buona ☐ Suff. ☐ Insufficiente

Valutazione MACRO del Rene al Banco ☐ Ottima ☐ Buona ☐ Sufficiente ☐ Insufficiente

NOTE:

Chirurgo Prelevatore _____ **Ospedale di appartenenza** _____

Perfusione Dinamica ☐ NO ☐ SI durata ____ ore e ____ min; sede _____

Macchina di Perfusione _____ *Ipoterm* ☐ *Ossigenata* ☐ *Normoterm* ☐

Liquido _____

Ora inizio: ____:____ Press ____ Flux ____ Res. ____ note _____

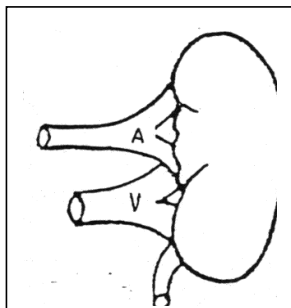
Ora fine : ____:____ Press ____ Flux ____ Res. ____ note _____

Medico/Tecnico MP _____ **Ospedale di appartenenza** _____

Destino: ☐ Scartato ☐ Tx singolo ☐ Tx doppio

Al Trapianto: Ora inizio della **seconda ischemia calda** ____:____ durata min ____

Chirurgo Trapiantatore _____ **Ospedale** _____



RENE SINISTRO Inviato al CTx _____

Anatomia al prelievo

Arterie n° _____ Patch ☐ NO ☐ SI _____

Vene n° _____ Patch ☐ NO ☐ SI _____

Uretere ☐ Normale ☐ Lungo ☐ Corto o Decorticato _____

Clampaggio Aortico h _____ :

Tipo e volume liquido perfusione _____ ml _____

Ora estrazione da cavità addominale _____ :

Perfusione del Rene al prelievo: ☐ Ottima ☐ Buona ☐ Suff. ☐ Insuff.

Valutazione MACRO del Rene al Banco ☐ Ottima ☐ Buona ☐ Sufficiente ☐ Insufficiente

NOTE:

Chirurgo Prelevatore _____ Ospedale di appartenenza _____

Perfusione Dinamica ☐ NO ☐ SI durata _____ ore e _____ min; sede _____

Macchina di Perfusione _____ Ipoterm ☐ Ossigenata ☐ Normoterm ☐ Liquido _____

Ora inizio: _____ : _____ Press _____ Flux _____ Res. _____ note _____

Ora fine : _____ : _____ Press _____ Flux _____ Res. _____ note _____

Medico/Tecnico MP _____ Ospedale di appartenenza _____

Destino: ☐ Scartato ☐ Tx singolo ☐ Tx doppio

Al Trapianto : Ora inizio della **seconda ischemia calda** _____ : _____ durata min _____

Chirurgo Trapiantatore _____ Ospedale _____

ESAMI BIOPTICI RENALI

RENE Dx : ☐ si ☐ no

Biopsia SCORE: _____ glomeruloscler. _____ atrofia tub. _____ fibrosi interst. _____ arterioloscl. _____

Note:

Medico _____ **Ospedale di refertazione** _____

RENE Sx : ☐ si ☐ no

Biopsia SCORE: _____ glomeruloscler. _____ atrofia tub. _____ fibrosi interst. _____ arterioloscl. _____

Note:

Medico _____ **Ospedale di refertazione** _____

IL NK va condiviso con il CRT a cui afferisce il Centro Tx

Regolamento per il rimborso delle spese funerarie dei donatori d'organi 2021

Si rende noto che è previsto un contributo massimo di Euro 3.000,00 per le spese sostenute per le Onoranze funebri del donatore. N.B. sono escluse dal contributo le spese sostenute per la concessione del loculo.

Modalità di presentazione della richiesta di rimborso

Le richieste di rimborso dovranno essere trasmesse al Centro Regionale Trapianti dal Coordinatore Ospedaliero dei Prelievi o dalla Direzione Sanitaria del Presidio dove il donatore è deceduto per mezzo di posta elettronica certificata all'indirizzo pec: crt.pobinaghi@pec.aslcagliari.it.

Elenco dei documenti da inviare:

1. Richiesta di rimborso delle spese funerarie a favore del parente beneficiario effettuata tramite il modulo Alleg.1 firmata dal Coordinatore Locale dei Prelievi oppure della Direzione Sanitaria della Struttura Ospedaliera e indirizzata al Coordinatore Regionale dei Trapianti.
2. Domanda di contributo alle spese funebri sostenute, presentata al Coordinatore Locale delle donazioni di organi presentata dal familiare del donatore (o persona che ha sostenuto le spese), utilizzando il modulo Alleg.2.
3. Copie scannerizzate della documentazione relativa alle spese sostenute per il funerale del donatore;
4. Dichiarazione di copia conforme all'originale – che riporti il riferimento dei documenti di spesa - firmata dal beneficiario del contributo (fac.-simile alleg.3)
5. Copia scannerizzata del documento d'identità, del codice IBAN e del codice fiscale del beneficiario.

Allegato1)



Al Coordinatore Regionale dei trapianti

Oggetto: Legge Regionale n. 27 del 09/06/1994 e Legge Regionale n. 6 del 24/04/2001 e successive modificazioni. Richiesta di rimborso spese funerarie per donatori di organi.

Si richiede il rimborso delle spese funerarie fino ad un importo massimo di €. 3.000,00 per il donatore _____ deceduto del reparto di _____
in data _____

alla presente richiesta si allega:

- ☐ Domanda di contributo alle spese funerarie da parte del beneficiario
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia.
- ☐ Copia fotostatica delle fatture/ricevute
- ☐ Copia fotostatica del documento di identità
- ☐ Copia fotostatica del codice IBAN
- ☐ Copia fotostatica del Codice fiscale

Il rimborso è da eseguire in favore del/della sig./ sig.ra _____

nella qualità di _____ e dovrà essere accreditato sul conto corrente bancario/postale, intestato a:

Agenzia n. _____ di _____

Codice IBAN : _____

Data _____

Timbro e firma del Coordinatore Locale delle Donazioni e dei trapianti o del Direttore Sanitario del presidio)

Allegato 2)



**Al Coordinatore Locale delle
Donazioni e dei Trapianti**

**Legge Regionale n. 27 del 09/06/1994 e Legge Regionale n. 6 del 24/04/2001 e successive
modificazioni. Domanda di contributo alle spese funerarie**

Il/la Sottoscritto/a

Nato/a a Prov..... il

Con residenza in n. civico

Città Prov. C.A.P.....

Telefono E-mail

Codice Fiscale n. _____

CHIEDE

La liquidazione del contributo di cui alla Legge Regionale n. 27 del 09/06/1994 e Legge Regionale n. 6 del 24/04/2001 e successive modificazioni

DICHIARA

Di aver sostenuto le spese funerarie nella qualità di:

Per ottenere il contributo determinato nella misura massima di €. 3.000,00, allega la seguente documentazione:

a. Fatture delle spese funerarie intestate al/la richiedente e precisamente:

- Fattura n. _____ del _____ rilasciata da _____
- Fattura n. _____ del _____ rilasciata da _____
- Fattura n. _____ del _____ rilasciata da _____

b. Fotocopia, di entrambi i lati, di un documento di riconoscimento valido

c. Fotocopia codice IBAN

d. Fotocopia codice fiscale

Il/la sottoscritto/a chiede che il contributo funerario sia pagato mediante:

Accredito sul conto corrente bancario/postale, intestato:

Agenzia n. _____ di _____

Codice IBAN _____

Letta l'informativa ex art. 13 D.lgs. n. 196/03, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

Data _____

Firma _____

Allegato 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI
COPIA (Artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA
PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (Prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(Luogo) (prov) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici
eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del
medesimo D.P.R. 445/2000;

D I C H I A R A

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

dei sottoelencati documenti fiscali, di cui è obbligatoria la conservazione,

- Fattura n. _____ del _____ rilasciata da _____
- Fattura n. _____ del _____ rilasciata da _____
- _____
- _____
- _____

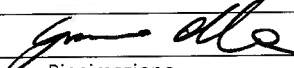
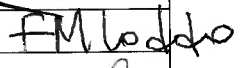
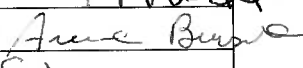
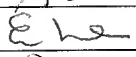
sono conformi all'originale.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/2003, che
i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente
nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(Luogo e data)

Il Dichiarante

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica	Redatto da	Approvato da	Codificato da
rev 01	17/09/2025	Revisione	<p>GDL</p> <p>Dott. Giacomo Olla</p> <p>Dott. Francesco Marco Loddo</p> <p>Dott.ssa Anna Busia</p> <p>Dott.ssa Erica Lai</p> <p>Dott.ssa Silvia Paba</p>	<p>Direttore SC Direzione di Presidio</p> <p>Dott. Luigi Ferrai</p> <p>Direttore SC Rianimazione e Anestesiologia</p> <p>Dott. Francesco Marco Loddo</p>	<p>DG ASL</p> <p>Andrea Fabbo</p>

GDL	
Giacomo Olla	Coordinatore GDL 
Francesco Marco Loddo	Direttore SC Anestesia e Rianimazione 
Anna Busia	Coordinatore SC Anestesia e Rianimazione 
Erica Lai	Infermiere Anestesia e Rianimazione 
Silvia Paba	Infermiere Anestesia e Rianimazione 