

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI – REGIONE PIEMONTE

SCHEDA DI COMUNICAZIONE DATI PAZIENTE**SOTTOPOSTO A TRAPIANTO CORNEA**

(DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA PRIVATA DI TRAPIANTO)

Da inviare **in allegato alla scheda di segnalazione di avvenuto trapianto** alla:

Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista - C. Bramante 88 - 10126 Torino

Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTECognome e Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

in via _____ Telefono _____ / _____

Altro Recapito telefonico _____ / _____ Codice Fiscale _____

DATI CLINICI

Data della visita _____ Struttura Sanitaria _____

Occhio da operare OD OS Pregressi trapianti di cornea: OD: _____ OS n.° _____Intervento di: PK LK DALK DLEK/DS-AEKin caso di LK, lenticolo: Ø _____ mm ↑ _____ µm manuale microcheratomoIscrizione per cornea istocompatibile NO SI

Visus residuo con la migliore correzione: OD ____/10 OS ____/10

Patologia corneale:

- Cheratocono Cheratopatia bollosa Distrofia Ulcera
 Leucoma Cheratite erpetica Scopenso precoce Trauma perforante
 Altro (precisare) _____

Neovasi NO SI-1 Quadrante SI-2 Quadranti SI-3 Quadranti SI-4 QuadrantiGlaucoma in trattamento NO SI danno funz. lieve SI danno funz. medio SI danno funz. graveOcchio da operare Fachico Fachico con cataratta Afachico PseudofachicoAmbliopia NO SIMaculopatia NO SIRisultato desiderato Miglioramento acuità visiva Ripristino struttura Diminuzione dolore**GENERALITÀ DEL MEDICO OCULISTA SEGNALANTE**

Cognome e Nome _____ Qualifica _____

presso la struttura privata _____

Firma _____

Il sottoscritto/a autorizza il Medico Oculista a trasmettere questi dati al C.R.T., per il loro trattamento con l'ausilio di strumenti elettronici.

Data _____

Firma del paziente _____