

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE
SEGNALAZIONE PAZIENTE IN URGENZA DI TRAPIANTO CORNEA
 (DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

Da inviare **immediatamente** a:

C.R.R.T. Servizio di Immunologia dei Trapianti - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista **Fax: 011 6336529**
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista - C. Bramante 88 - 10126 Torino
 Tel. 011 6336519 / **Fax: 011 6334363** / **mobile 335 7168995**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome 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 _____ Centro di iscrizione _____

Segnalazione di urgenza per innesto: OD OS

URGENZA ASSOLUTA: perforazione in atto

URGENZA RELATIVA: perforazione imminente

dolore

scompenso precoce del lembo (inteso come scompenso insorto entro 30 giorni dal Tx)

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

Danno (in base a tabelle INAIL): _____%

Pregressi trapianti di cornea: su OD: n.° _____ su OS: n.° _____

Patologia corneale:

Cheratocono Cheratopatia bollosa Distrofia Ulcera

Leucoma Cheratite erpetica Scompenso precoce Trauma perforante

Altro (precisare) _____

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE VALUTA LA RICHIESTA DI URGENZA

Cognome e Nome _____ Qualifica _____

presso l'Ospedale _____

Firma _____

Il sottoscritto/a autorizza il Medico Oculista a trasmettere i dati richiesti al Servizio di Immunologia dei Trapianti dell'Ospedale Molinette, che gestisce la banca dati computerizzata e coordina l'attività nella Regione Piemonte.

Data _____

Firma del paziente _____