

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE
SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL PRELIEVO DI CORNEE

Consegna cornee entro 96 ore dal prelievo alla Banca delle Cornee, A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino
 Via Genova 3 (dalle 9.00 alle 16.00 dal lunedì al venerdì)
 Originale da archiviare presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale sede del prelievo.
 Copia da inviare via fax, a cura della Direzione Sanitaria, entro 24 ore alla:
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
 V. Genova 3 - 10126 Torino Tel. 011 6336519 / **Fax: 011 6334363**
 (orario 9.00 - 17.00 dal lunedì al venerdì)

SEDE DI PRELIEVO DELLA CORNEA

Ospedale / Casa di Cura Privata _____
 Presso il domicilio del Donatore Via _____ Città _____ Prov. _____

DATI RELATIVI AL DONATORE (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CHE ACCERTA IL DECESSO)

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Comune di nascita _____ Data di nascita _____

Data del decesso _____ Ora _____ Reparto _____

Causa del decesso Traumatica Cerebro-vascolare Cardio-vascolare Asfissia/Anossia Neoplastica Metabolica Infettiva Non nota Altro _____

Prelevatore avvisato da _____ alle ore _____ del _____

Autopsia RICHIESTA NON RICHIESTAPrelevato campione di sangue EDTA SI NO

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE ACCERTA IL DECESSO E SI ACCERTA DELL'ASSENZA DI CRITERI DI ESCLUSIONE ALLA DONAZIONE, SULLA BASE DELL'INDAGINE ANAMNESTICA E DELL'ISPEZIONE FISICA
 (DOCUMENTO DI RIFERIMENTO: SCHEDA 10.7/2008 PROTOCOLLO REGIONALE CORNEE)

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Reparto di appartenenza _____

Data _____ Firma _____

DATI RELATIVI AL PRELIEVO (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO PRELEVATORE)**ESAME DELLA CORNEA IN SITU:** VALUTAZIONE OD _____ OS _____

Data del prelievo _____ Ora _____ Reparto _____

Tecnica prelievo tecnica Protocollo Regione Piemonte Altra _____**MATERIALE PRELEVATO:** Cornea OD OS bulbo oculare OD OS **GENERALITÀ DEL MEDICO RESPONSABILE DELLE OPERAZIONI DI PRELIEVO**

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Ospedale di appartenenza _____

Data _____ Firma _____