

SCHEDA DI SEGNALAZIONE INSUCCESSO TRAPIANTO DI CORNEA
(DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

CENTRO DI TRAPIANTO DI CORNEA.....

(Ospedale / Casa di Cura Privata)

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e NomeSesso M F

Data di nascita

Data del Trapianto

Trapianto eseguito su: Occhio Destro Occhio Sinistro

Intervento di :

PK semplice PK combinato LK DALK DLEK/DSA EK

Data Insuccesso

CAUSA DELL' INSUCCESSO

Rigetto

Scompenso endoteliale

Problemi tecnico-chirurgici

Infezioni

Recidiva di malattia

Patologia trasmessa dal donatore

Altre/ Sconosciute

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE VALUTA L'INSUCCESSO

Cognome e nome.....

Qualifica

In Servizio presso

Data

Firma.....

Da inviare alla:

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

Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363