



## Esame obiettivo donatore

Cognome e nome donatore \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

### ISPEZIONE LINFONODI SUPERFICIALI

- Laterocervicali Ingranditi SI NO \_\_\_\_\_
- Sovraclaveari Ingranditi SI NO \_\_\_\_\_
- Ascellari Inguinali Ingranditi SI NO \_\_\_\_\_

### PROSTATA

- Esplorazione rettale SI NO \_\_\_\_\_  
 (da eseguire su qualunque donatore maschio)

### FRATTURE

- Esposte (Sede) SI NO \_\_\_\_\_
- Non Esposte (Sede) SI NO \_\_\_\_\_
- Infezioni tessuti muscolo scheletrici SI NO \_\_\_\_\_

### Esclusivamente per donatore multi-organo

#### ◊→ PALPAZIONE ADDOMINALE

- Normale SI NO \_\_\_\_\_

#### ◊→ SECREZIONI BRONCHIALI

- SI NO \_\_\_\_\_
- Tipologia  Mucose  Mucopurulente  Purulente  Ematiche
  - Quantità  Scarse  Abbondanti

#### ◊→ VASI SANGUIGNI

- Flebiti e arteriti SI NO \_\_\_\_\_
- Varici arti inferiori SI NO \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Inviare via fax al 011 633 6529