



Centro Regionale Trapianti



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008





Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte





Centro Regionale Trapianti



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte Le liste di attesa





Centro Regionale Trapianti



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte
Le liste di attesa
Il follow-up dei trapianti di
cornea



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte
Le liste di attesa
Il follow-up dei trapianti di
cornea
I trapianti di membrane
amniotiche



Centro Regionale Trapianti



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte
Le liste di attesa
Il follow-up dei trapianti di cornea
I trapianti di membrane amniotiche
L'accreditamento dei centri di Trapianto



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte





Centro Regionale Trapianti



REGIONE
PIEMONTE



AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE INFANTILE
REGINA MARGHERITA
S. ANNA DI TORINO
DOVE NASCE IL FUTURO



A.S.O. MOLINETTE

Torino

Cuneo



Azienda Ospedaliera
"S. Croce e Carle"

CdS



Banca
delle
Cornee



Banca
dei Tessuti
Muscolo-scheletrici



Banca
della
Cute



Banca
del Sangue
Placentare



Banca
delle Valvole Cardiache
e dei Tessuti Vascolari



Banca
delle Membrane
Amniotiche



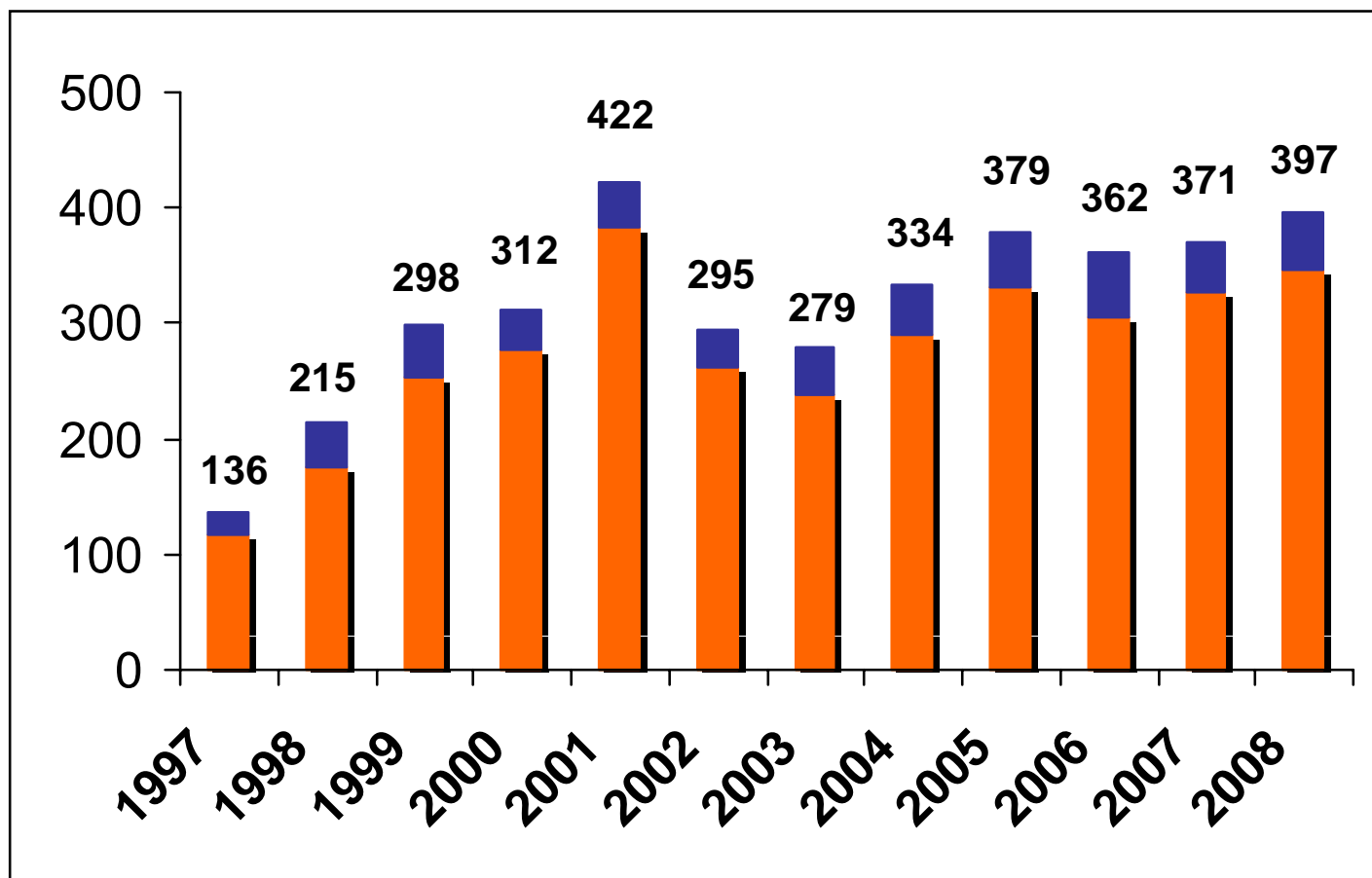
Banca delle Cornee





Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

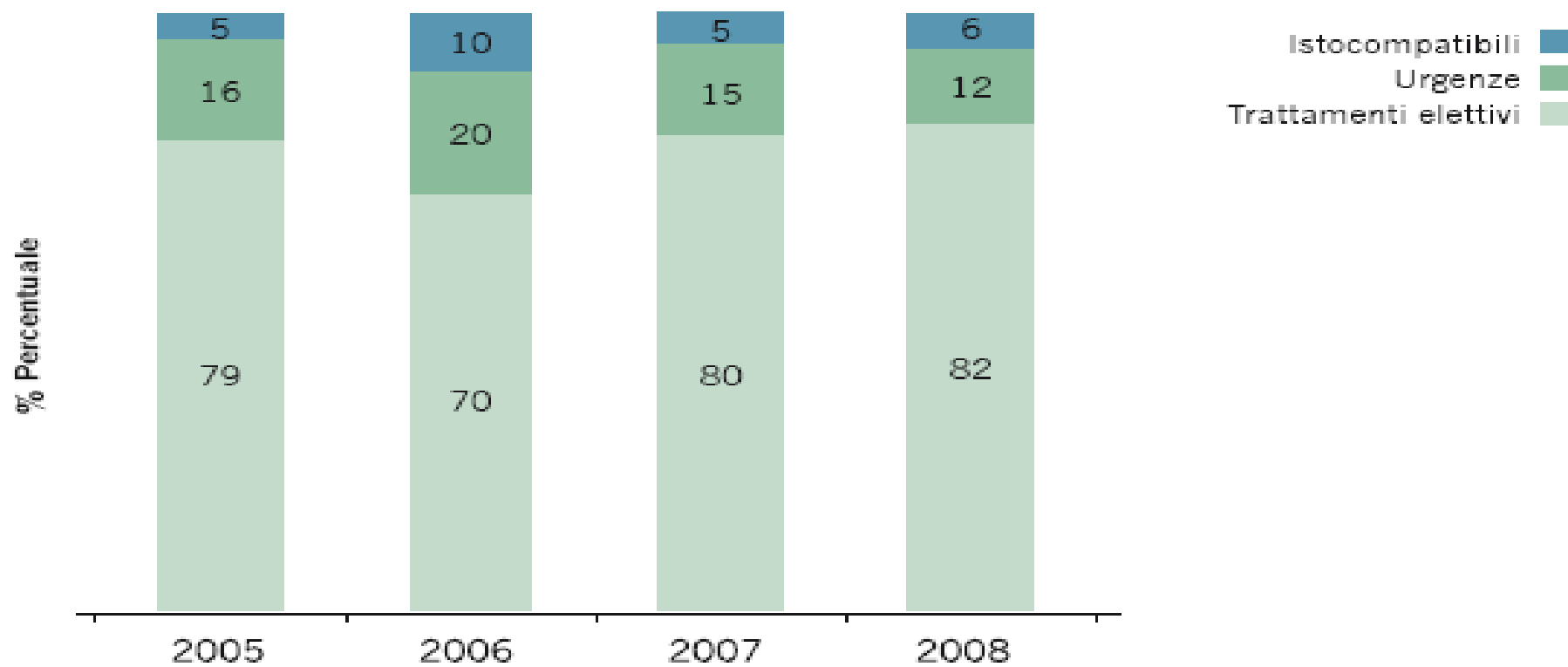


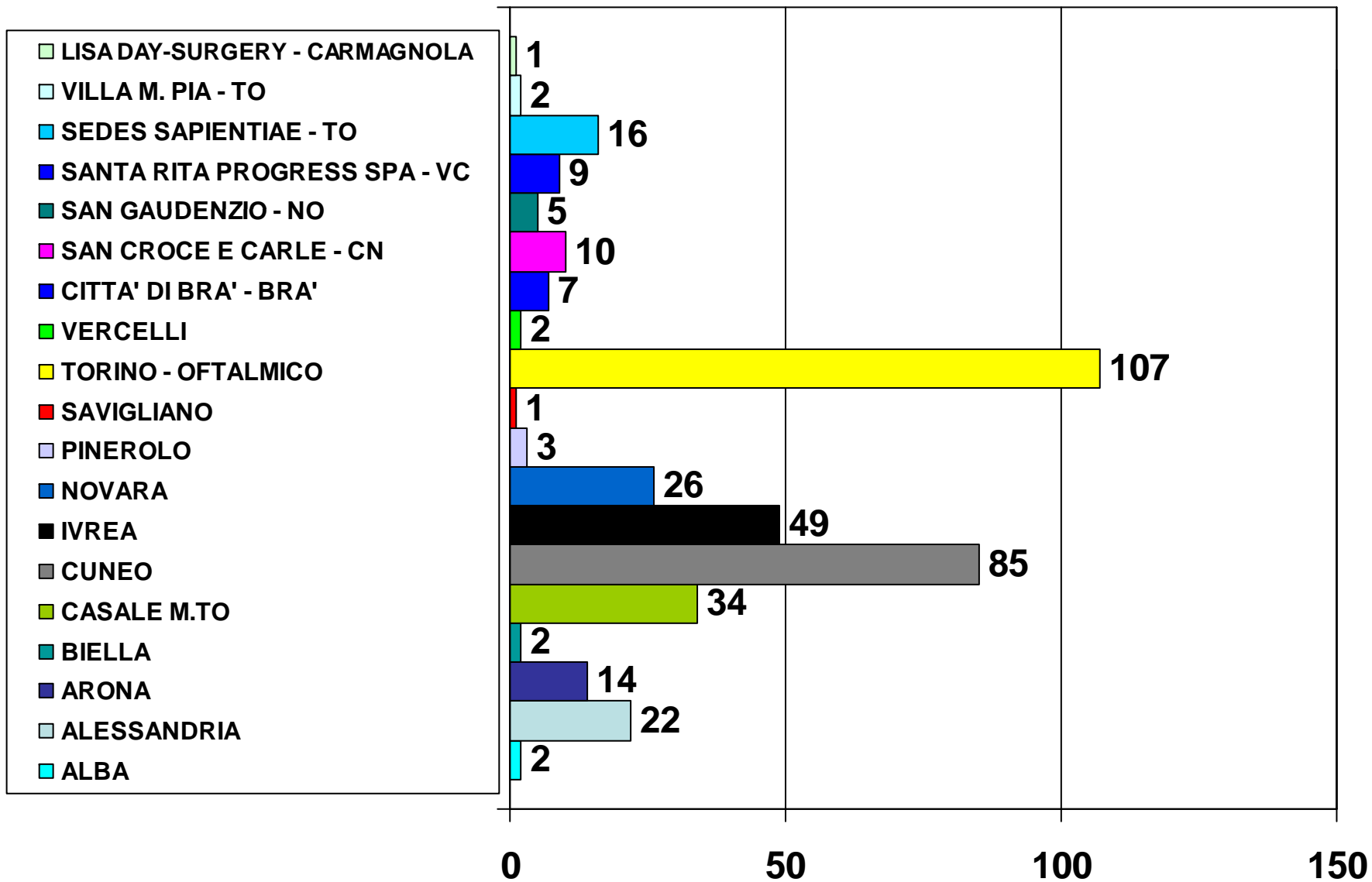
TRAPIANTI DI CORNEE

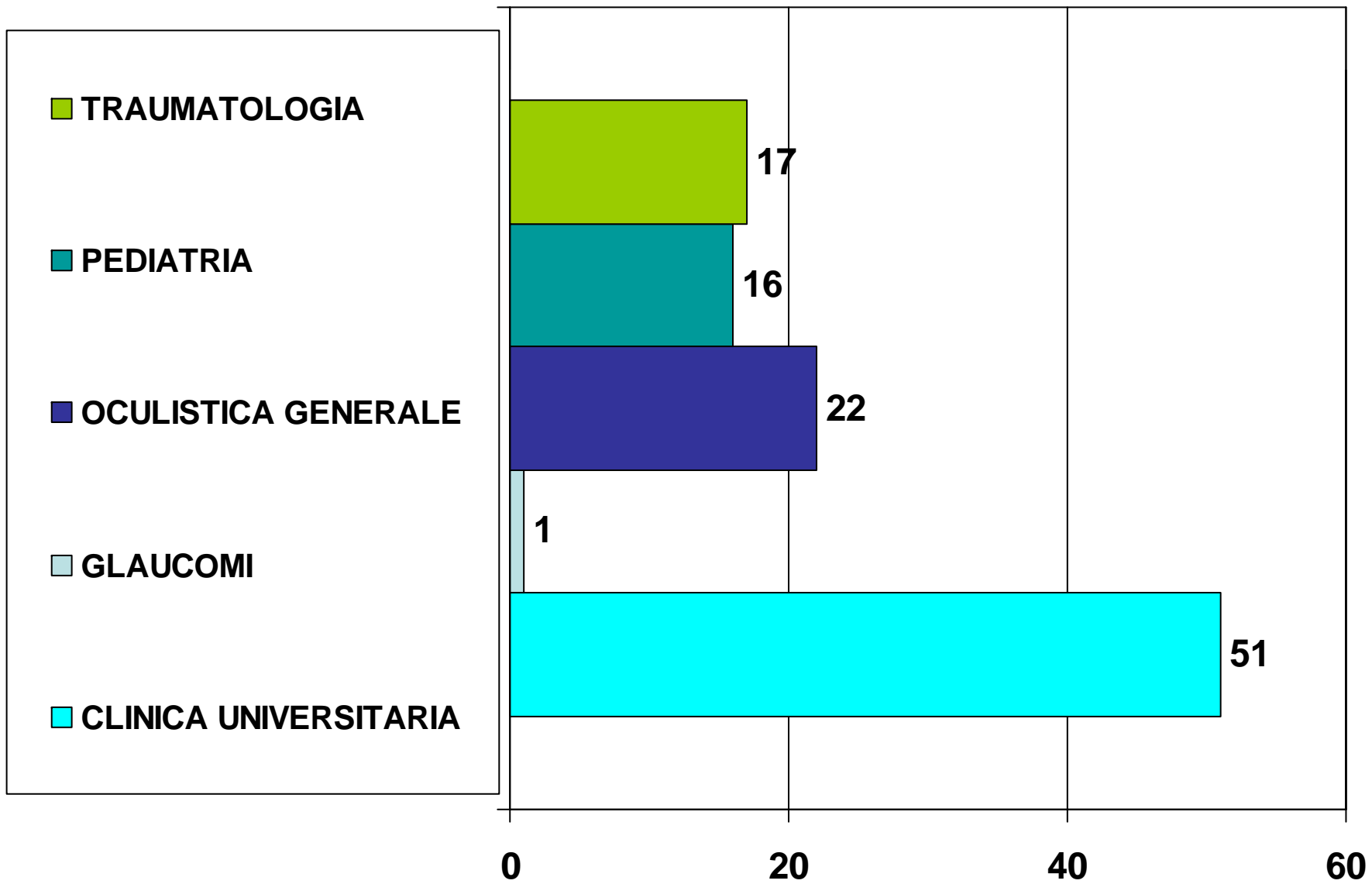


-  Trapianti in ospedali
-  Trapianti in Case di Cura

CORNEE INNESTATE IN PIEMONTE - VALLE D'AOSTA 2008









Centro Regionale Trapianti



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

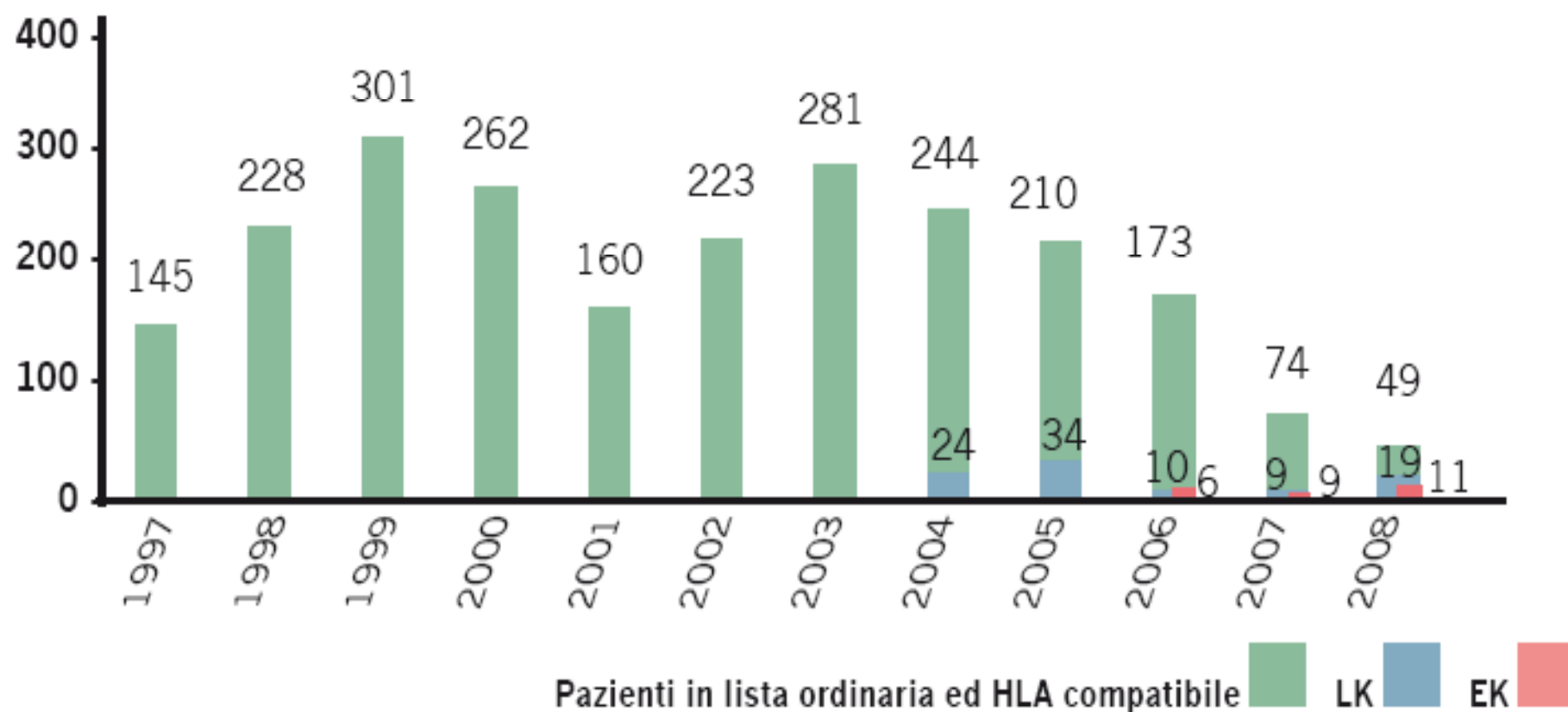
Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte

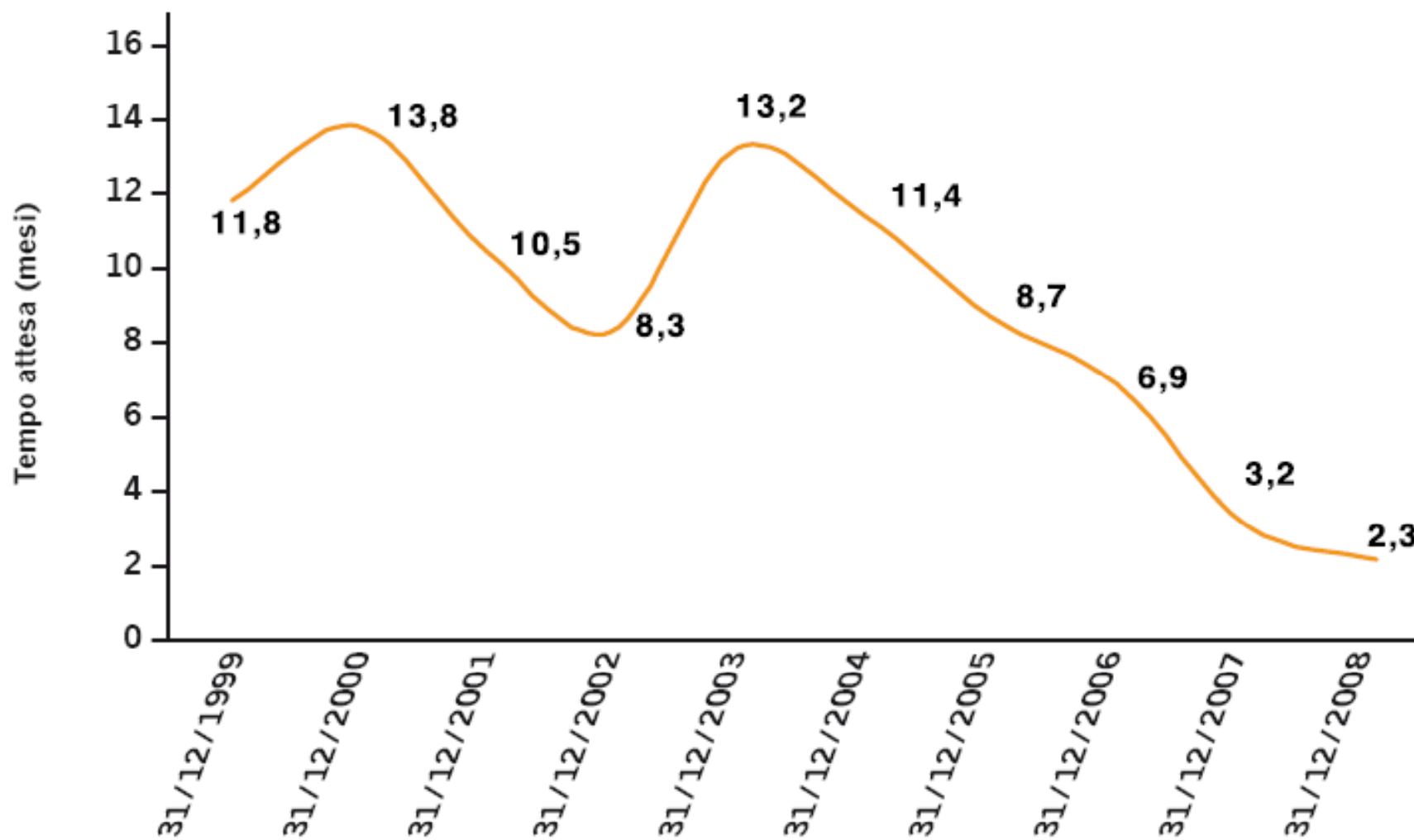
Le liste di attesa



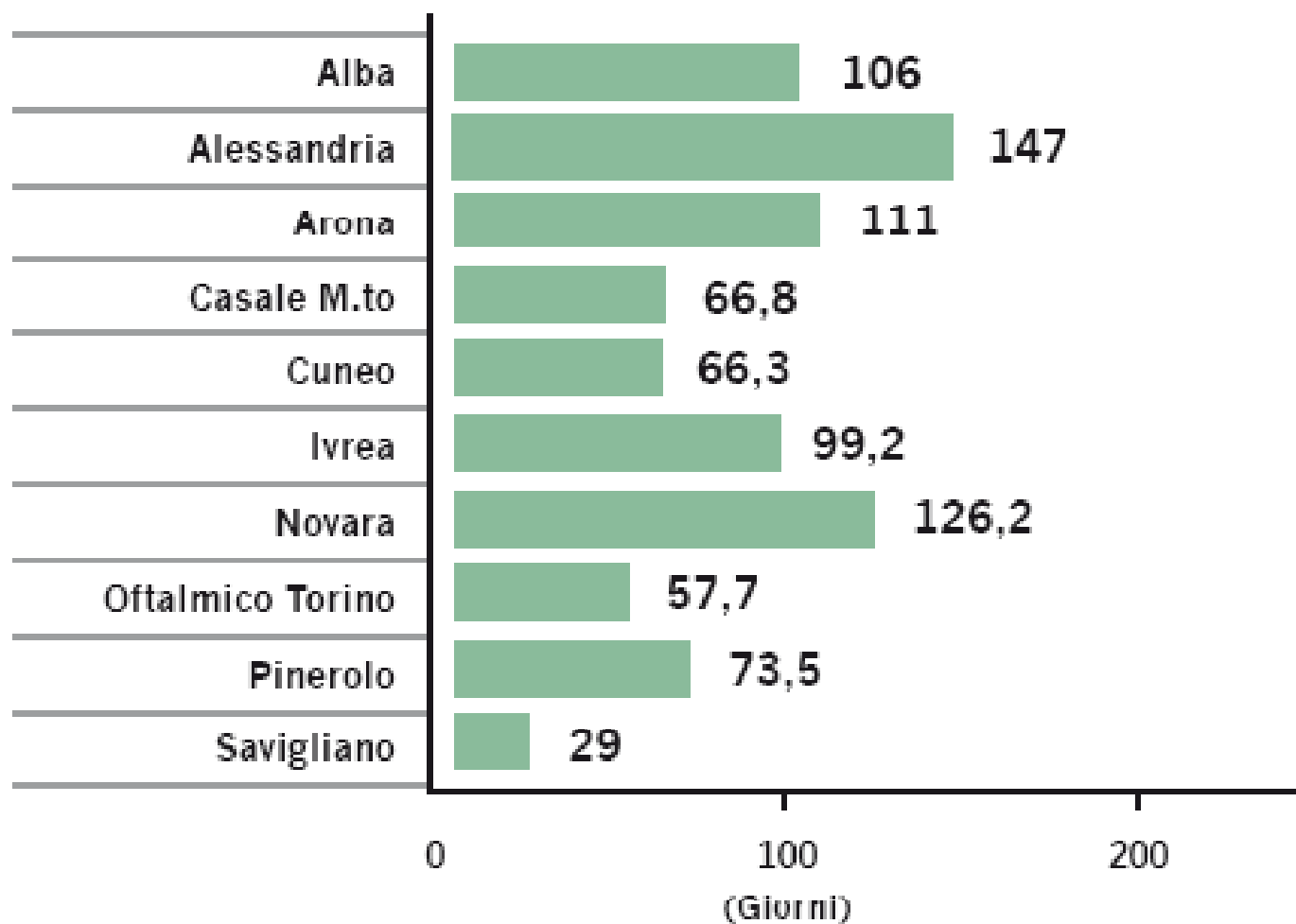
PAZIENTI IN LISTA DI ATTESA AL 31/12/2008



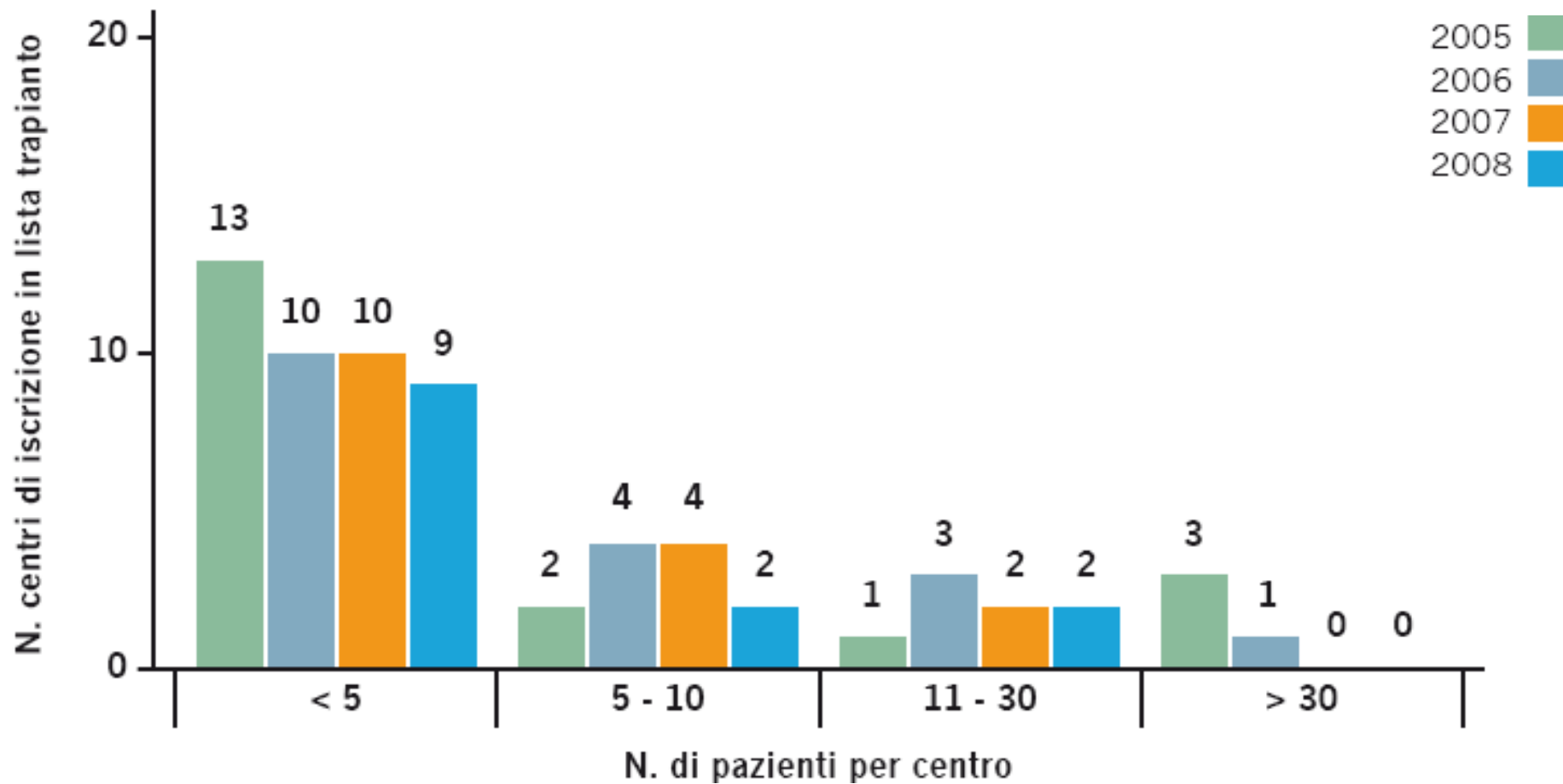
TEMPI MEDI DI ATTESA IN LISTA ATTIVA



TEMPI PAZIENTI IN LISTA (GIORNI)



NUMERO DI PAZIENTI IN LISTA PER STRUTTURA DI TRAPIANTO AL 31 DICEMBRE 2008



N. PAZIENTI ISCRITTI DAL 01/01/2008 AL 31/12/2008

CENTRO TRAPIANTI	N. PAZIENTI
ALBA	3
ALESSANDRIA	19
ARONA	12
ASTI	.
BIELLA	1
CASALE M.TO	32
CUNEO	84
IVREA	59
CEVA	.
NOVARA	27
NOVI LIGURE	.
PINEROLO	3
SAVIGLIANO	.
TORINO – OFTALMICO – CLINICA UNIVERSITARIA	44
TORINO – OFTALMICO – GLAUCOMI	2
TORINO – OFTALMICO – OCULISTICA GENERALE	18
TORINO – OFTALMICO – PEDIATRIA	17
TORINO – OFTALMICO – TRAUMATOLOGIA	33
VERCELLI	2
TOTALE	356



Centro Regionale Trapianti



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

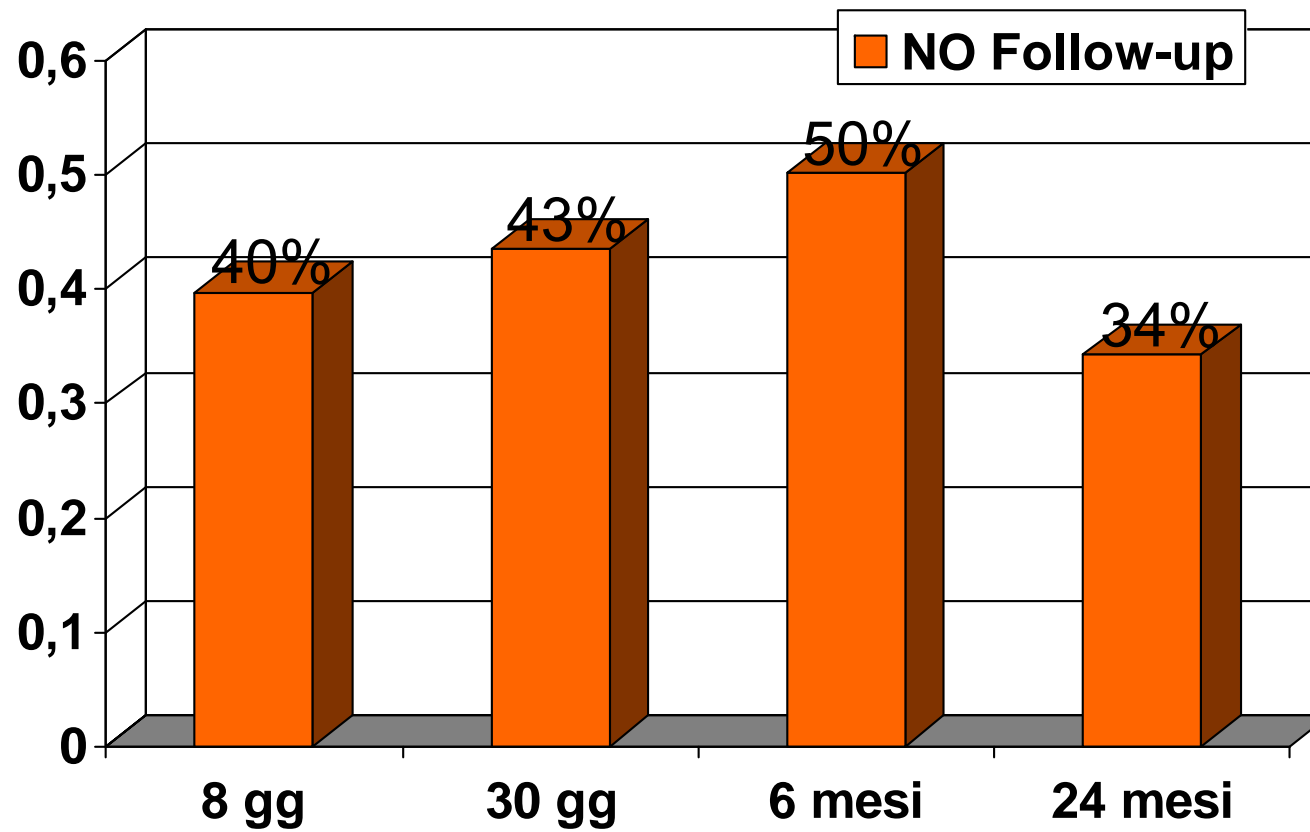
Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte
Le liste di attesa
**Il follow-up dei trapianti di
cornea**

Follow-up

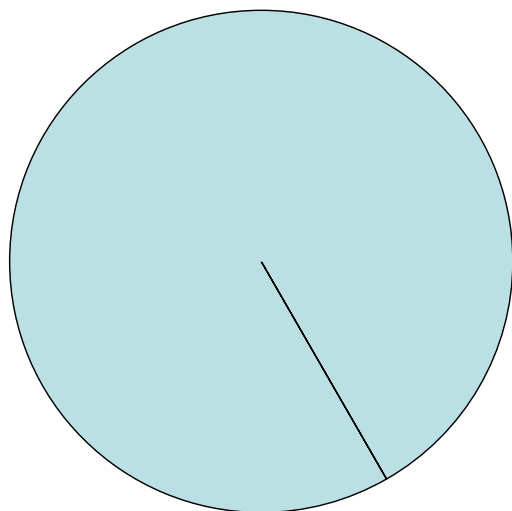
1504 cornee trapiantate 2005-2008



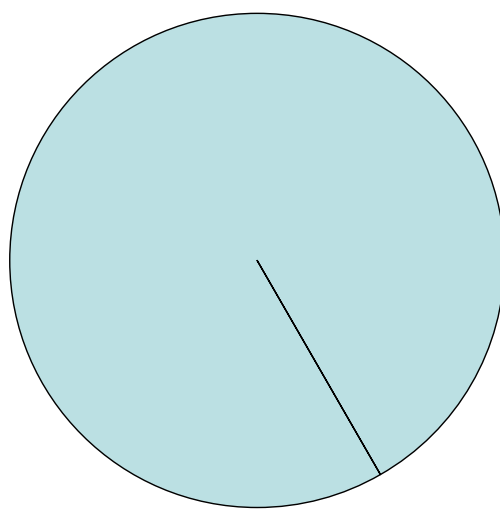
CENTRO INNESTO	NUMERO TRAPIANTI (1504)	% VISITE MANCANTI 8A GIORNATA	% VISITE MANCANTI 30A GIORNATA	% VISITE MANCANTI 6° MESE	% VISITE MANCANTI 24° MESE
CN2 - ALBA - OSPEDALE SAN LAZZARO - DIV. OCULISTICA	13	69	77	69	69
A. S. O. SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO' ALESSANDRIA	41	5	12	20	12
NO - ARONA - OSPEDALE SS. TRINITA' - DIV. OCULISTICA	53	11	23	32	36
BI - BIELLA - OSPEDALE DEGLI INFERMI - DIV. OCULISTICA	11	18	18	55	27
AL - CASALE MONFERRATO - OSP. S. SPIRITO - DIV. OCULISTICA	129	95	95	88	45
CN1 - CEVA - OSP. NUOVO REG. SAN BERNARDINO - DIV. OCULISTICA	5	0	0	0	20
A. S. O. SAN CROCE E CARLE CUNEO - DIV. OCULISTICA	258	8	10	24	30
CUNEO - A. S. O. SAN CROCE E CARLE - ATTIVITA' PRIVATA	22	14	23	36	41
TO4 - IVREA - OSPEDALE CIVILE - DIV. OCULISTICA	277	7	10	37	46
A. O. U. MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA - DIV. OCULISTICA	113	83	90	91	55
AL - NOVI LIGURE - OSPEDALE SAN GIACOMO - DIV. OCULISTICA	1	0	0	0	0
TO1 - OSP. OFTALMICO - CLIN. UNIVERSITARIA	169	71	73	70	37
TO1 - TORINO - OSP. OFTALMICO - OCUL. GENERALE	77	10	14	20	16
TO1 - TORINO - OSP. OFTALMICO - OCUL. III GLAUCOMI	33	55	55	49	55
TO1 - TORINO - OSP. OFTALMICO - PEDIATRIA	24	50	54	79	33
TO1 - TORINO - OSP. OFTALMICO - TRAUMATOLOGIA	66	44	47	62	39
TO3 - PINEROLO - OSPEDALE CIVILE E. AGNELLI - DIV. OCULISTICA	12	50	75	83	33
CN1 - SAVIGLIANO - OSP. MAGGIORE SS. ANNUNZIATA - DIV. OCULISTICA	15	0	0	0	13
VC - VERCELLI - OSPEDALE SANT'ANDREA - DIV. OCULISTICA	8	0	0	0	13
BRA - CASA DI CURA 'CITTA' DI BRA'	39	8	5	21	3
L. I. S. A. - DAY SURGERY CARMAGNOLA [CARMAGNOLA - TORINO]	3	100	100	100	0
NOVARA - CASA DI CURA S. GAUDENZIO	11	82	82	100	55
TORINO - CASA DI CURA SEDES SAPIENTIAE	87	35	45	55	55
TORINO - CASA DI CURA VILLA M. PIA	25	16	24	32	48
TORINO - CLINICA PINNA PINTOR	2	100	100	100	100
VERCELLI - SANTA RITA - PROGRESS SPA	10	100	100	80	10

TRAPIANTI ANALIZZATI 2005-2008

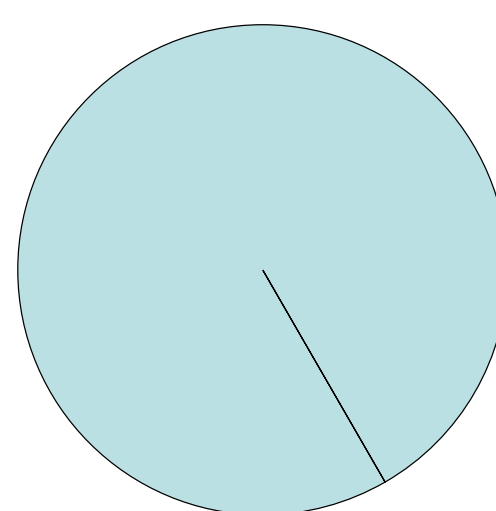
PK
(1348)



LK
(178)

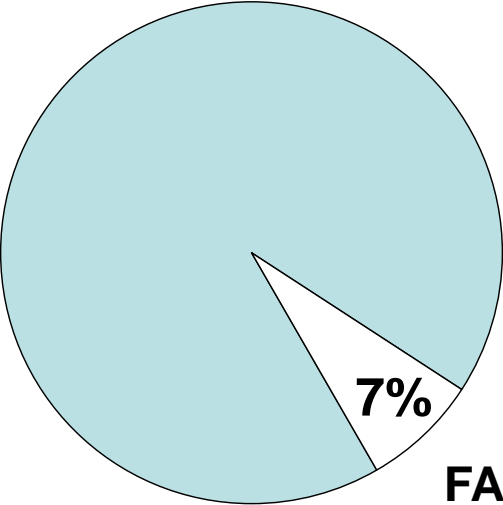


EK
(142)

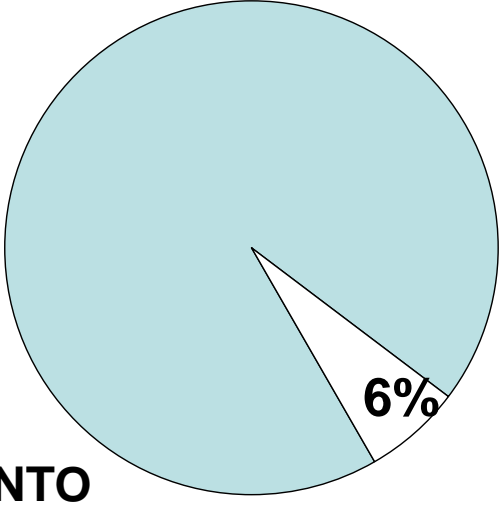


PERCENTUALI FALLIMENTI IN PRIMI TRAPIANTI 2005-2008

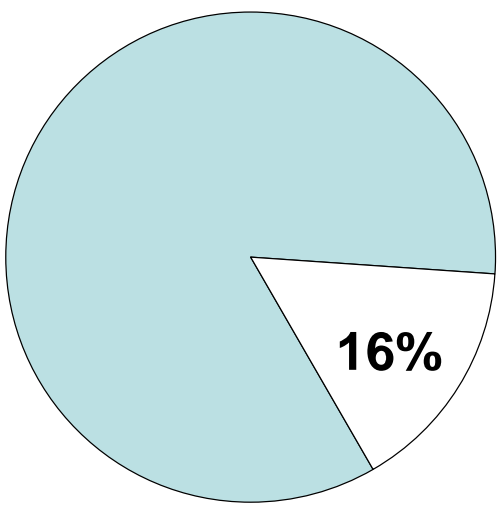
PK
(1111)



LK
(175)



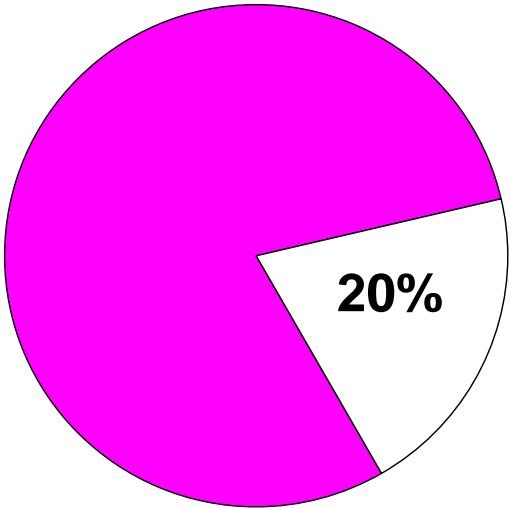
EK
(122)



**FALLIMENTO
TX**

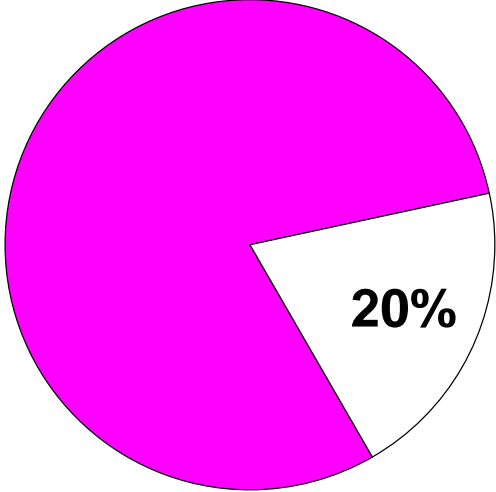
PERCENTUALI FALLIMENTI IN RITRAPIANTI 2005-2008

PK
(237)



FALLIMENTO
TX

EK
(20)





Centro Regionale Trapianti



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte
Le liste di attesa
Il follow-up dei trapianti di
cornea
I trapianti di membrane
amniotiche

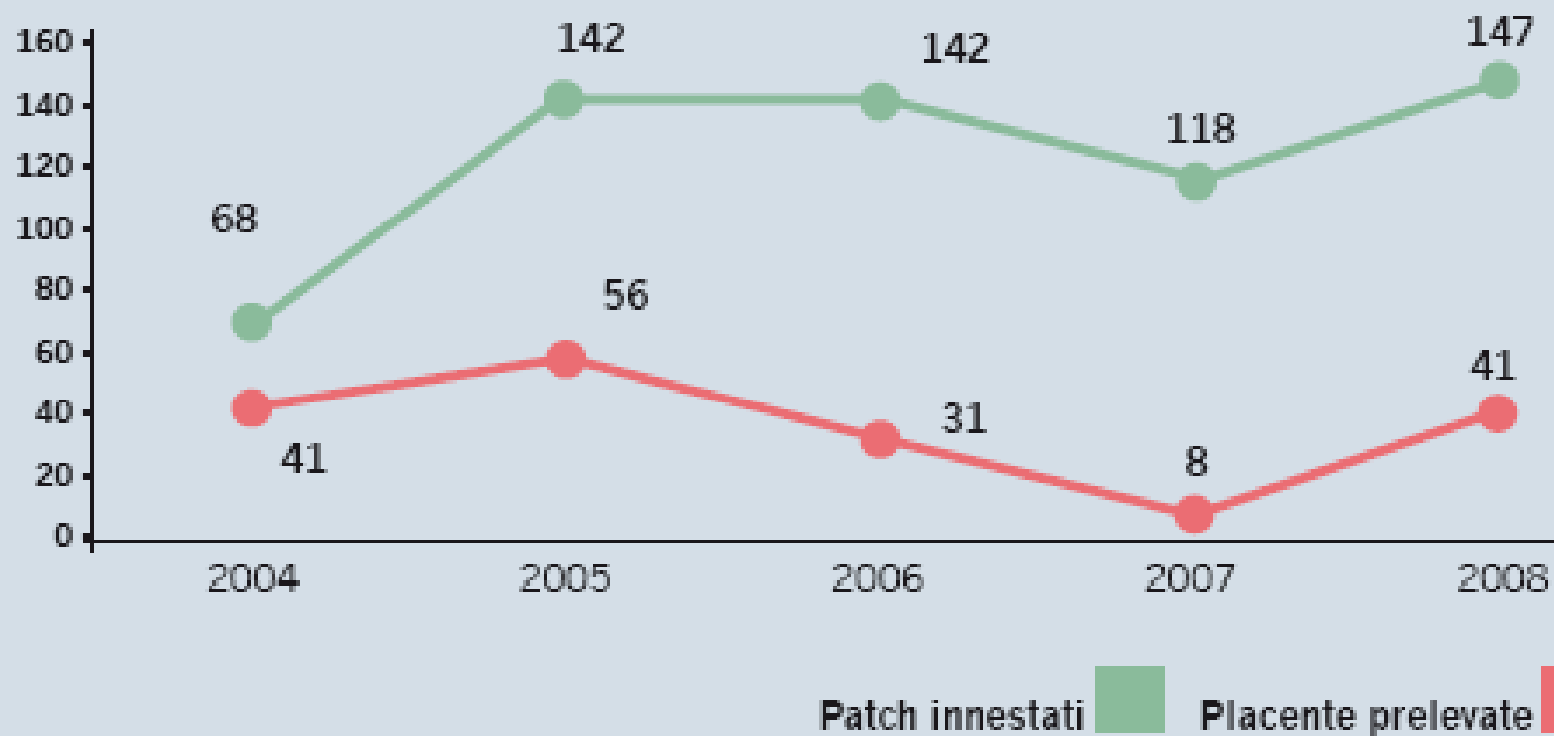


Banca
delle Membrane
Amniotiche



**Banca delle
Membrane Amniotiche**

ATTIVITÀ NEGLI ANNI 2004-2008





Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte
Le liste di attesa
Il follow-up dei trapianti di cornea
I trapianti di membrane amniotiche
L'accreditamento dei centri di Trapianto

n. _____ del _____

Procedure per la richiesta di accreditamento della attività di trapianto di organi e tessuti da donatore cadavere.

Con DGR n. 29-2174 del 13 febbraio 2006 "Definizione procedure nuove autorizzazioni e rinnovi dei centri trapianto di organi e tessuti" si attribuisce al Centro Regionale Trapianti la funzione di conduzione dell'istruttoria tecnica propeedeutica per:

- * identificazione e/o autorizzazione delle strutture idonee ad effettuare trapianti di organi, tessuti e cellule ;
- * autorizzazione dei professionisti afferenti a tutte le équipe mediche direttamente responsabili della cura del paziente nelle diverse fasi dell'attività trapiantologica;
- * autorizzazione all'apertura di nuove strutture idonee ad effettuare trapianti di organi;
- * rinnovo, sospensione o revoca delle autorizzazioni sopra menzionate;
- * valutazione della qualità delle attività svolte dalle U.O. coinvolte a qualsiasi titolo nel sistema regionale di donazione, prelievo, conservazione e trapianto di organi, tessuti e cellule, da attuarsi con cadenza biennale;

Con la stessa si rinviava l'approvazione, con una successiva determina dirigenziale, delle procedure di autorizzazione o di rinnovo della attività di trapianto di organi e tessuti da donatore cadavere;

Tutto ciò premesso,

Visi gli artt. 3 e 16 del D.lgs. n. 29/93 e successive modifiche e integrazioni;

visto l'art. 22 della L.R. 51/97;

In conformità con gli indirizzi in materia disposti dalla Giunta Regionale con DGR n. 29-2174 del 13 febbraio 2006;

di approvare le procedure per la richiesta di accreditamento della attività di trapianto di tessuti oculari da donatore cadavere secondo gli allegati A, B e C che fanno parte integrante del presente provvedimento.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 gg.

STANDARD MINIMI ORGANIZZATIVI

Il centro che richiede l'accreditamento deve dare garanzie di continuità dell'attività trapiantologia. In caso di rinnovo non devono essere accumulate più di 4 indisponibilità consecutive.

Devono essere soddisfatti i seguenti standard:

1. Personale medico-chirurgo

- documentazione attestante requisiti minimi con curriculum comprendente l'attestato di servizio, la personale casistica e il percorso formativo, nonché l'elenco dei trapianti di cui si è avuta la responsabilità terapeutica che deve essere ≥ 20 . Per il mantenimento della competenza ogni anno è necessario che il chirurgo esegua ≥ 10 trapianti. Per la formazione di nuovi chirurghi, è necessario che questi abbiano partecipato ad un numero ≥ 20 trapianti, dei quali ≥ 10 trapianti eseguiti personalmente sotto la guida di un tutor esperto, che ne certificherà l'esecuzione.
- Il loro numero deve essere sufficiente a garantire la continuità dei trapianti

STANDARD MINIMI ORGANIZZATIVI

2. *Percorso terapeutico*

- gestione fase pre-trapianto del paziente:
 - devono essere effettuati almeno 10 inserimenti in lista di attesa per trapianto (LAT) di cornea per anno;
 - deve essere eseguita la verifica periodica (almeno ogni quattro mesi) dei pazienti in LAT (rivalutazione in caso di rifiuti ripetuti, aggiornamento delle indicazioni all'intervento, ecc.);
 - le informazioni cliniche per l'immissione in LAT devono essere complete;
 - deve essere verificata ogni settimana la LAT dei propri pazienti;
 - i tessuti devono essere utilizzati secondo le indicazioni dell'assegnazione per tipologia di trapianto (PK, LK, EK);
- gestione fase trapianto del paziente:
 - la comunicazione di reazioni e eventi avversi gravi deve essere immediata, come prevista dal protocollo regionale;
 - la comunicazione del trapianto deve avvenire secondo quanto indicato dal protocollo regionale;

STANDARD MINIMI ORGANIZZATIVI

2. Percorso terapeutico

- gestione fase post-trapianto del paziente:
 - la comunicazione di reazioni e eventi avversi deve essere immediata;
 - devono essere eseguite e trasmesse alla Banca delle Cornee $\geq 90\%$ delle visite di follow-up a 8 e 30 giorni, e $\geq 50\%$ delle visite di follow-up a 6 e 24 mesi;
 - deve essere comunicato l'eventuale trasferimento del paziente presso altra struttura per il follow-up.



Riunione Prelievo e Trapianto Cornea

Antonio Amoroso

Torino 11 giugno 2009

Regione Piemonte
Val d'Aosta
Attività di donazione
e trapianto di cornee
e membrane amniotiche
Anno 2008

I trapianti di cornea in Piemonte
Le liste di attesa
Il follow-up dei trapianti di cornea
I trapianti di membrane amniotiche
L'accreditamento dei centri di Trapianto



Riunione annuale prelievo e Trapianto di Tessuti Oculari
Torino – 11 giugno 2009



Ordine del Giorno



Banca
delle
Cornee



Centro Regionale Trapianti



A.S.O. MOLINETTE



REGIONE
PIEMONTE

- **attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;**
- **nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009**
- **accreditamento regionale centri trapianto cornea;**
- **attività di donazione cornee 2008;**
- **attività della Banca delle Cornee 2008;**
- **attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;**
- **edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;**
- **comunicazione eventi avversi e follow-up trapianti;**
- **programmazione trapianti di cornea;**
- **eventi 2009;**
- **varie ed eventuali.**

- **attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;**
- **nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009**
- **accreditamento regionale centri trapianto cornea;**
- **attività di donazione cornee 2008;**
- **attività della Banca delle Cornee 2008;**
- **attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;**
- **edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;**
- **comunicazione eventi avversi e follow-up trapianti;**
- **programmazione trapianti di cornea;**
- **eventi 2009;**
- **varie ed eventuali.**

- attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;
- nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009
- accreditamento regionale centri trapianto cornea;
- **attività di donazione cornee 2008;**
- attività della Banca delle Cornee 2008;
- attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;
- edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;
- comunicazione eventi avversi e follow-up trapianti;
- programmazione trapianti di cornea;
- eventi 2009;
- varie ed eventuali.

- attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;
- nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009
- accreditamento regionale centri trapianto cornea;
- attività di donazione cornee 2008;
- **attività della Banca delle Cornee 2008;**
- attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;
- edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;
- comunicazione eventi avversi e follow-up trapianti;
- programmazione trapianti di cornea;
- eventi 2009;
- varie ed eventuali.

- attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;
- nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009
- accreditamento regionale centri trapianto cornea;
- attività di donazione cornee 2008;
- attività della Banca delle Cornee 2008;
- **attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;**
- edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;
- comunicazione eventi avversi e follow-up trapianti;
- programmazione trapianti di cornea;
- eventi 2009;
- varie ed eventuali.



Riunione annuale prelievo e Trapianto di Tessuti Oculari
Torino – 11 giugno 2009



Protocollo Cornee Edizione 2009

dott. Federico Genzano Besso



- attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;
- nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009
- accreditamento regionale centri trapianto cornea;
- attività di donazione cornee 2008;
- attività della Banca delle Cornee 2008;
- attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;
- **edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;**
- comunicazione eventi avversi e follow-up trapianti;
- programmazione trapianti di cornea;
- eventi 2009;
- varie ed eventuali.

Il Protocollo 2009



Prelievo e Trapianto di Cornea

Protocollo operativo

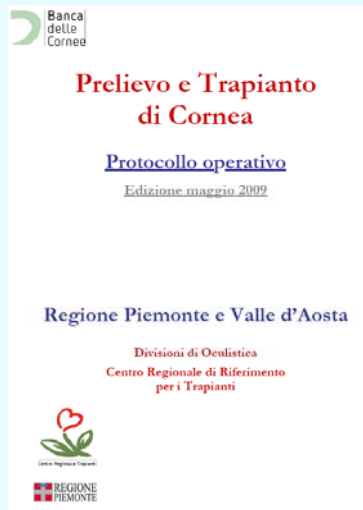
Edizione maggio 2009

Regione Piemonte e Valle d'Aosta

Divisioni di Oculistica
Centro Regionale di Riferimento
per i Trapianti



 REGIONE
PIEMONTE



Gestione Donatori

4.2.1 Deceduto in ospedale

1. La morte viene certificata, secondo la Legge 301 del 12/8/1993, dal medico della struttura di ricovero del potenziale donatore, che dovrà anche curare il prelievo di sangue per gli esami sierologici e per il bioconservatorio regionale, qualora non ancora eseguiti. Il prelievo per tali determinazioni può essere eseguito anche post-mortem.
2. Il prelievo di cornee viene eseguito dall'oculista reperibile o da personale medico appositamente formato per la struttura sanitaria in cui si trova il donatore.
3. Il prelievo può essere effettuato in un luogo idoneo all'interno del reparto o presso l'obitorio o presso le camere mortuarie, dove eventualmente possono essere eseguiti anche i prelievi per gli esami sierologici e per il bioconservatorio regionale, in collaborazione con il Servizio di Anatomia Patologica secondo quanto concordato con i Coordinatori Locali dei Prelievi.
4. E' auspicabile che il prelievo delle cornee venga eseguito il più presto possibile dopo il decesso: l'intervallo morte-prelievo dovrebbe essere inferiore a 8 ore. Per motivi organizzativi, si può arrivare al limite temporale consentito dalle Linee Guida del Centro Nazionale Trapianti: 24 ore dal decesso. La testa del donatore va tenuta sollevata sia prima del prelievo sia per le ore successive, per prevenire il sanguinamento. Gli occhi del donatore devono essere sempre e comunque mantenuti chiusi e coperti con una garza inumidita con soluzione fisiologica sterile fresca sopra le palpebre fino al momento del prelievo.
5. Il prelevatore deve effettuare un'ispezione dell'area sottoposta a prelievo dopo almeno 20 minuti dal termine dello stesso.
6. E' opportuno non ammettere i parenti al cospetto della salma del donatore prima di 1 ora dal termine del prelievo di cornee. Di questo i parenti stessi devono essere informati precedentemente al prelievo. Prima di ammettere i parenti, il personale che ha in carico la salma donatore deve ispezionarla per escludere eventi avversi conseguenti al prelievo.
7. Nel caso si presentino eventi avversi conseguenti al prelievo, il personale coinvolto nella donazione e prelievo deve avvisare immediatamente dell'evento avverso:
 - il medico che ha effettuato il prelievo, che deve porre in atto tutte le misure e gli interventi idonei a risolvere l'evento avverso;
 - il coordinatore locale;
 - il reperibile della direzione sanitaria di presidio;
 - il reperibile della Banca delle Cornee (335 1328330).
8. La gestione della comunicazione con i parenti in caso di eventi avversi è di competenza del coordinatore locale;
9. Gli esami sierologici vengono eseguiti presso il Laboratorio dell'Ospedale sede del prelievo.

4. E' auspicabile che il prelievo delle cornee venga eseguito il più presto possibile dopo il decesso: l'intervallo morte-prelievo dovrebbe essere inferiore a 8 ore. Per motivi organizzativi, si può arrivare al limite temporale consentito dalle Linee Guida del Centro Nazionale Trapianti: 24 ore dal decesso. La testa del donatore va tenuta sollevata sia prima del prelievo sia per le ore successive, per prevenire il sanguinamento. Gli occhi del donatore devono essere sempre e comunque mantenuti chiusi e coperti con una garza inumidita con soluzione fisiologica sterile fresca sopra le palpebre fino al momento del prelievo.

5. Il prelevatore deve effettuare un ispezione dell'area sottoposta a prelievo dopo almeno 20 minuti dal termine dello stesso.

6. E' opportuno non ammettere i parenti al cospetto della salma del donatore prima di 1 ora dal termine del prelievo di cornee. Di questo i parenti stessi devono essere informati precedentemente al prelievo. Prima di ammettere i parenti, il personale che ha in carico la salma donatore deve ispezionarla per escludere eventi avversi conseguenti al prelievo.

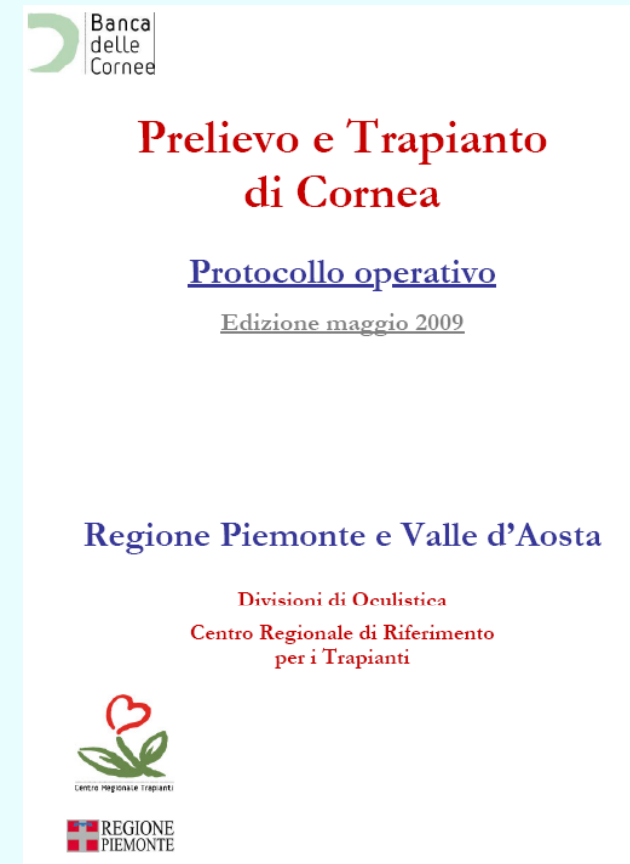
7. Nel caso si presentino eventi avversi conseguenti al prelievo, il personale coinvolto nella donazione e prelievo deve avvisare immediatamente dell'evento avverso:

- il medico che ha effettuato il prelievo, che deve porre in atto tutte le misure e gli interventi idonei a risolvere l'evento avverso;
- il coordinatore locale;
- il reperibile della direzione sanitaria di presidio;
- il reperibile della Banca delle Cornee (335 1328330).

8. La gestione della comunicazione con i parenti in caso di eventi avversi è di competenza del coordinatore locale;

Schede 2009

- Scheda 07.7/2009
- Scheda 10.7/2009
- Scheda 20.7/2009
- Scheda 21.7/2009



Scheda 07.7/2009

Ca 07.7/2009

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE

VISITA DI CONTROLLO 8ª GIORNATA

Centro di trapianto: (Ospedale / Casa di Cura Privata)

Cognome e Nome:

Data di nascita: Data del trapianto:

trapianto eseguito su: Occhio Destro Occhio Sinistro

Programmi trapianti: su Occhio Destro: n°..... su Occhio Sinistro: n°.....

1) Stato della cicatrice: tecnica

- Buona
 Lenta
 Stratta

b) Sinchie anteriori/posteriori non persistenti
 si no

2) Allineamento dell'innesto:

- buono
 mediocre
 presenza di scalinatura
 falsa camera (per distorsione subtotale)
 lembo dilacerato (per distorsione subtotale)

3) Tono oculare:

- ≤20
 >20

3) Condizioni dell'innesto:

a) Condizioni dello stroma:

- Trasparente
 Lividamente edematoso
 Edematoso

Giudizio anatomico

- ottimo
 buono
 mediocre
 scadente

b) Piaghe della Descemet:

- Assenti
 Centrali
 Periferiche
 Centrali e periferiche

Patologie oculari concomitanti

a) Nevriti NO
 SI-1 quadrante SI-2 quadranti
 SI-3 quadranti SI-4 quadranti

4) Camera anteriore:

a) assente
presente: normoprofonda
 bassa

b) Glaucoma in trattamento

NO SI danno funz. lieve
 SI danno funz. medio
 SI danno funz. grave

infiammazione segmento anteriore:

- +
 ++
 +++
 ++++

c) Occhio

Fachico Fachico con cataratta
 Afachico Pseudofachico

d) Ambliopia NO SI

e) Maculopatia NO SI

5) Iride-Papilla:

a) Esagerata
 si no

Data visita:

Firma del medico:

Scheda

07.7/2009

1) Stato della sutura: tensione

- Buona
- Lenta
- Stretta

2) Allineamento dell'innesto:

- buono
- mediocre
- presenza di scalinatura
- falsa camera (per cheratoplastica endoteliale)
- lembo dislocato (per cheratoplastica endoteliale)

Scheda 10.7/2009

Co 10.7/2009

**CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE
VALUTAZIONE DI IDONEITA' DEL DONATORE DI CORNEE**

ETA' da 5 a 75 anni. Contattare il responsabile banca cornee (tel. 3351328099) per soggetti > 75 anni

TEMPO MORTE-PRELIEVO

- 24 ore. Mantenere sempre le palpebre chiuse, coperte con garze inumidite con soluzione fisiologica fresca.

CONSENSO DEI FAMILIARI

E' necessario richiedere e far firmare il consenso al prelievo delle cornee utilizzando l'apposito modulo.

ESAMI DA ESEGUIRE

- anticorpi anti-HIV 1 e 2
- antigene di superficie del virus dell'epatite B (HBsAg)
- anticorpi anti antigene core del virus dell'epatite B (HBcAb)
- anticorpi anti-HCV
- test per la lue (TPHA, anticorpi anti-Treponema)

Se la ricerca di HBcAb è risultata positiva, per l'utilizzo dei tessuti è necessario eseguire la ricerca di HBV DNA: se questa risulta negativa i tessuti possono essere utilizzati per trapianto.

E' inoltre necessaria la determinazione degli anticorpi anti-HTLV I e II esclusivamente per i donatori provenienti da aree in cui questi virus sono endemici e per i loro partner.

CRITERI DI ESCLUSIONE ASSOLUTA DALLA DONAZIONE

I tessuti oculari donati non possono essere utilizzati se provenienti da donatori nelle seguenti condizioni:

- per il donatore cadavere, causa di morte sconosciuta (il tessuto può essere utilizzato per il trapianto solo qualora una autopsia abbia chiarito la causa della morte ed escluso le condizioni di cui ai punti successivi)
- malattia ad eziologia sconosciuta
- storia, evidenza clinica o di laboratorio di infezione in atto da HIV, HBV o HCV o ittero di eziologia sconosciuta
- soggetti con fattori di rischio per HIV, HBV o HCV:
 - soggetti con comportamenti sessuali a rischio negli ultimi 12 mesi
 - prostituzione negli ultimi 12 mesi
 - uso e.v., i.m. o s.c. di droghe negli ultimi 12 mesi
 - soggetti emofilici sottoposti a infusione di fattori della coagulazione di origine umana
 - esposizione percutanea o attraverso ferite aperte o mucose a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV o HCV nei 12 mesi precedenti
 - soggetti in emodialisi cronica
 - soggetti che hanno trascorso un periodo di detenzione carceraria negli ultimi 12 mesi
 - malattie veneree diagnosticate o trattate negli ultimi 12 mesi
 - tatuaggi, piercing o agopuntura negli ultimi 12 mesi, se non eseguiti con materiale sterile, monouso
 - partners di soggetti con rischio di infezione da HIV, HBV o HCV, come precedentemente definito, negli ultimi 12 mesi
- **INFEZIONI:** i soggetti affetti da infezioni sistemiche di origine batterica, virale, fungina e parassitaria possono essere considerati potenziali donatori se, al momento della donazione, è in corso una terapia mirata. Inviare alla banca i colturali e gli antibiogrammi relativi.
 - o Se è stato eseguito un'emocultura di cui non è ancora arrivato il referto, si può procedere alla richiesta di donazione e all'eventuale prelievo ed inviare alla banca copia degli esami colturali richiesti.

Scheda 20.7/2009

Co 20.7/2009

Il presente accompagna la/le cornea/e.

Copia del presente va conservata in sede di Struttura di Prelievo e in Banca delle Cornee.

BANCA DELLE CORNEE DELLA REGIONE PIEMONTE
FOGLIO DI TRASPORTO DELLE CORNEE

DATA: _____ ORA: _____

QUANTITA' CORNEE: _____ (IN CIFRE) _____ (IN LETTERE)
(da compilarsi a cura della Struttura di Prelievo)

QUANTITA' PROVETTE: _____ (IN CIFRE) _____ (IN LETTERE)
(da compilarsi a cura della Struttura di Prelievo)

TRASPORTO: (da compilare da parte del mittente e del destinatario)

inviata alla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____ a mezzo azienda _____

conducente Sig. _____ firma del conducente _____

data di arrivo _____ ora di arrivo _____

ritirato da: _____ firma del destinatario _____

Scheda 21.7/2009

Co 21.7/2009

Il presente accompagna la/le cornea/e.

Copia del presente va conservata in Banca delle Cornee e in sede di Struttura di Trapianto.

**BANCA DELLE CORNEE DELLA REGIONE PIEMONTE
FOGLIO DI TRASPORTO DELLE CORNEE
PER TRAPIANTO**

DATA: _____ ORA: _____

QUANTITA' CORNEE: _____ (IN CIFRE) _____ (IN LETTERE)
(da compilarsi a cura della Struttura di Prelievo)

TRASPORTO: (da compilare da parte del mittente e del destinatario)

inviata/e dalla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____

all'azienda _____ a mezzo dell'azienda _____

conducente Sig. _____ firma del conducente _____

data di arrivo _____ ora di arrivo _____

ritirato da: _____ firma del destinatario _____

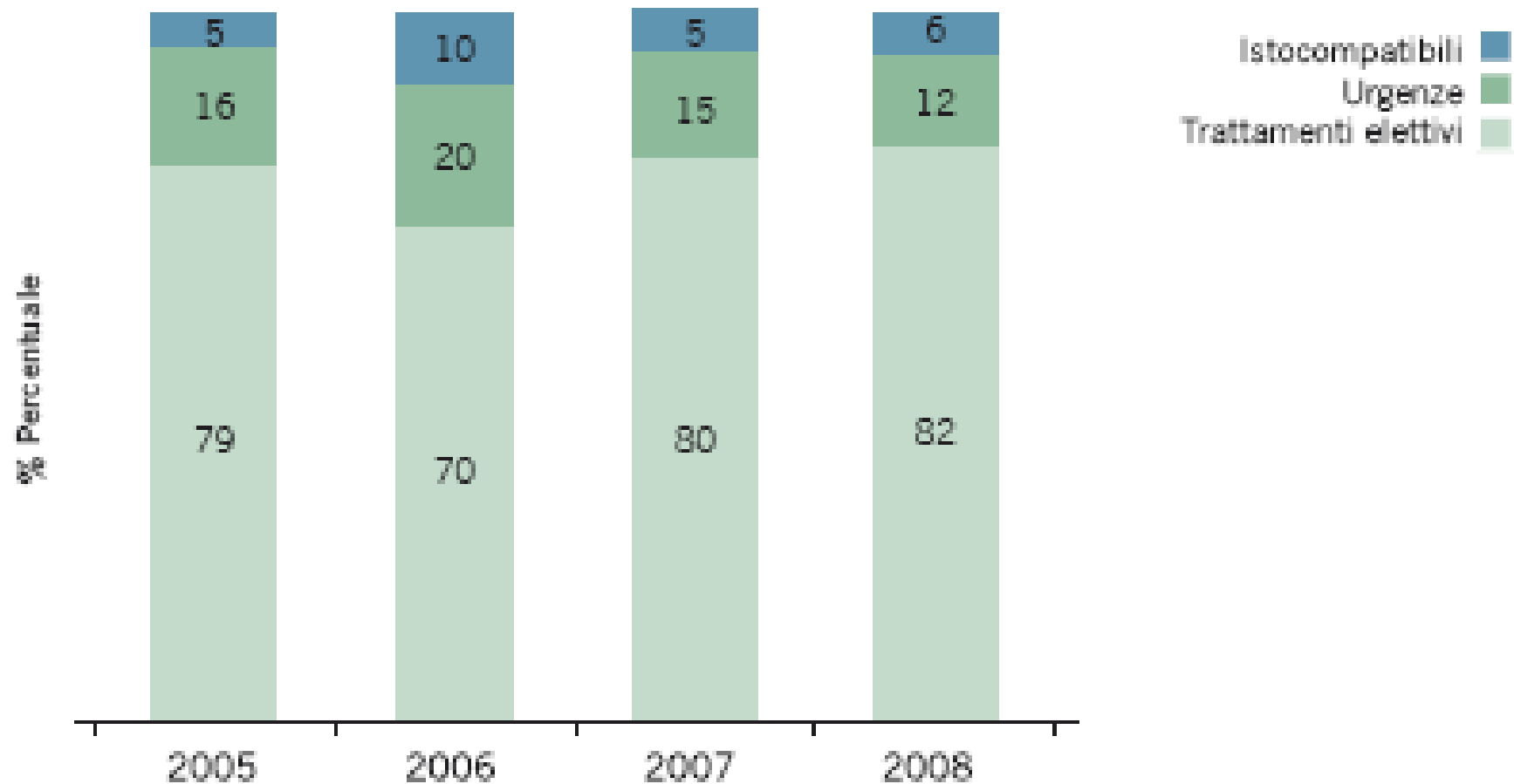
- attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;
- nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009
- accreditamento regionale centri trapianto cornea;
- attività di donazione cornee 2008;
- attività della Banca delle Cornee 2008;
- attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;
- edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;
- **comunicazione eventi avversi** e follow-up trapianti;
- programmazione trapianti di cornea;
- eventi 2009;
- varie ed eventuali.

Eventi e reazioni avversi segnalati:

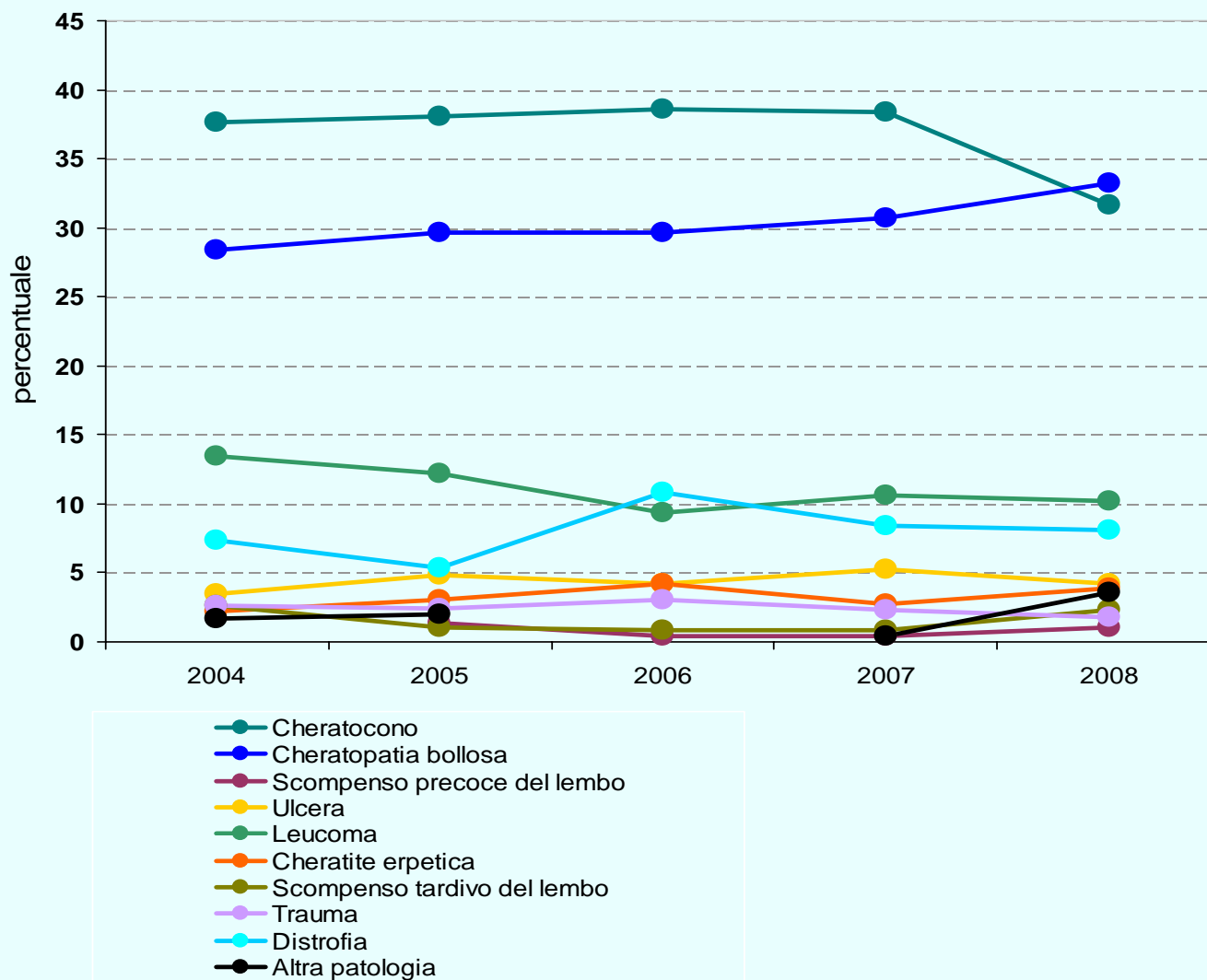
- **2 cornee trapiantate con pachimetria indicativa di per assottigliamento (potenziale cheratocono del donatore).**
 - **Azione: monitoraggio pazienti.**
 - **Non reazione avversa al momento.**
 - **Non azioni preventive.**
- **infezione post trapianto.**
 - **Azione: indagine microbiologica e anatomo-patologica con risultato negativo sul lembi trapiantato.**
 - **Non azioni preventive.**

- attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;
- nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009
- accreditamento regionale centri trapianto cornea;
- attività di donazione cornee 2008;
- attività della Banca delle Cornee 2008;
- attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;
- edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;
- comunicazione eventi avversi e **follow-up trapianti**;
- programmazione trapianti di cornea;
- eventi 2009;
- varie ed eventuali.

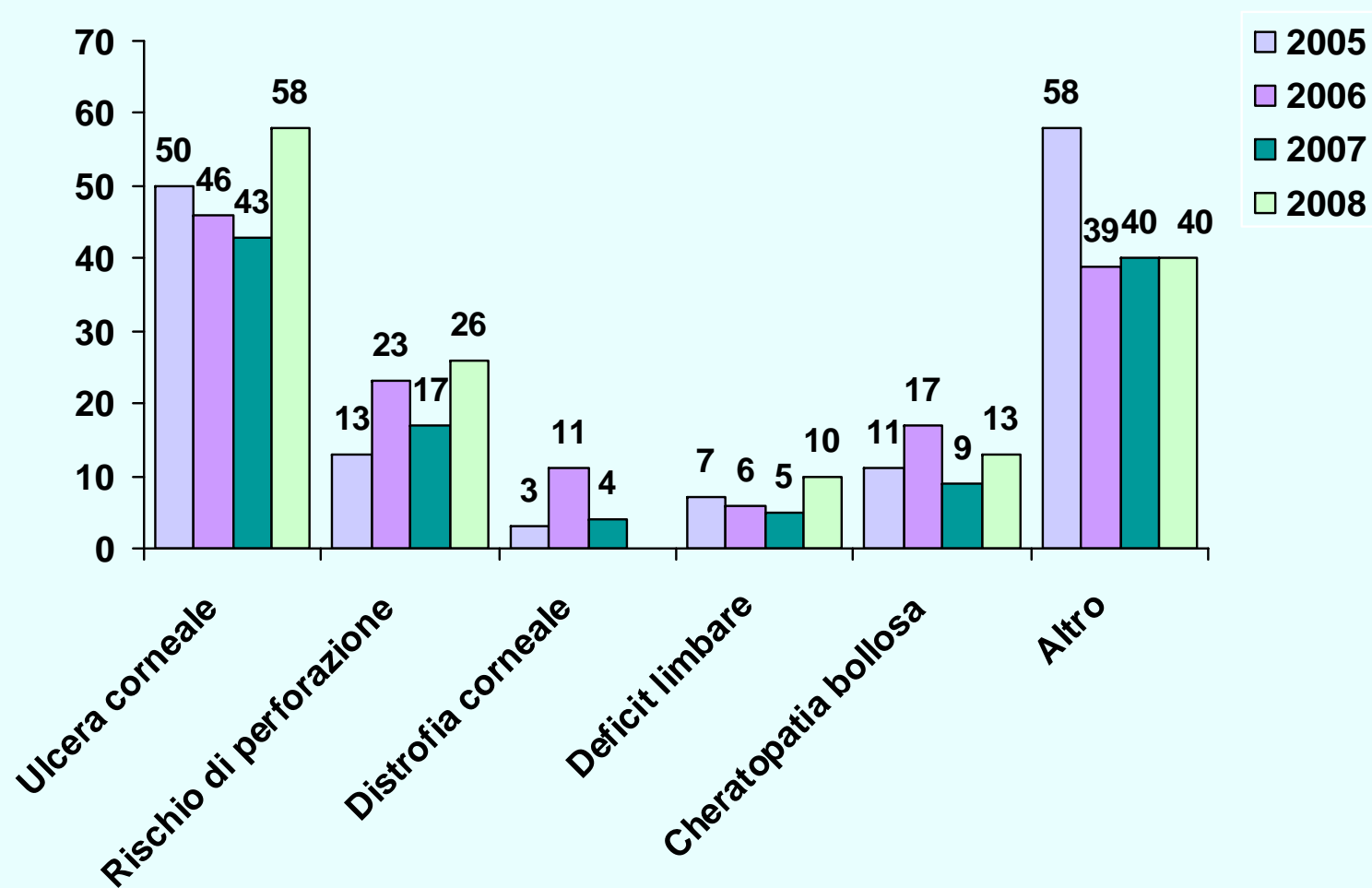
Innesti per indicazione



Ingressi in LAT per patologia ingresso

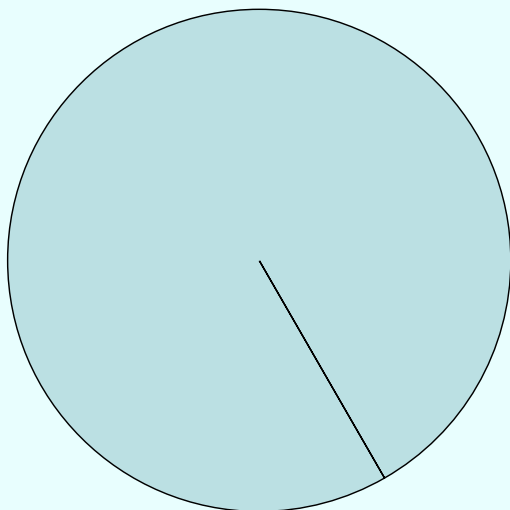


Trapianti per patologia ingresso

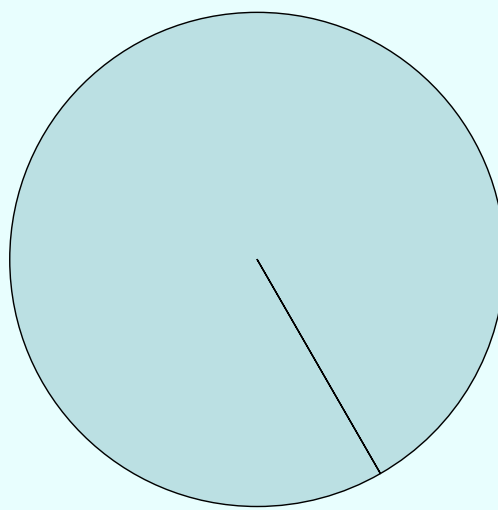


TRAPIANTI ANALIZZATI 2005-2008

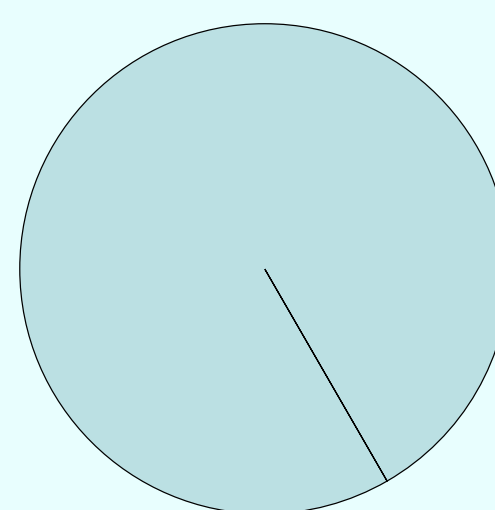
PK
(1348)



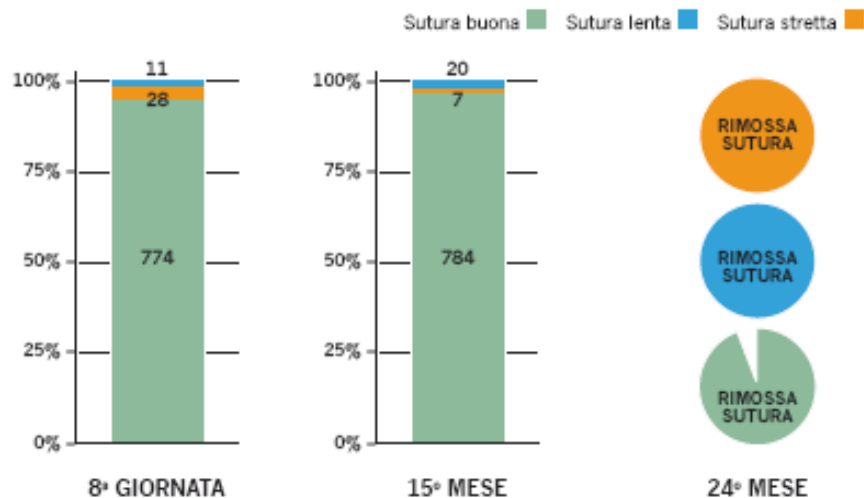
LK
(178)



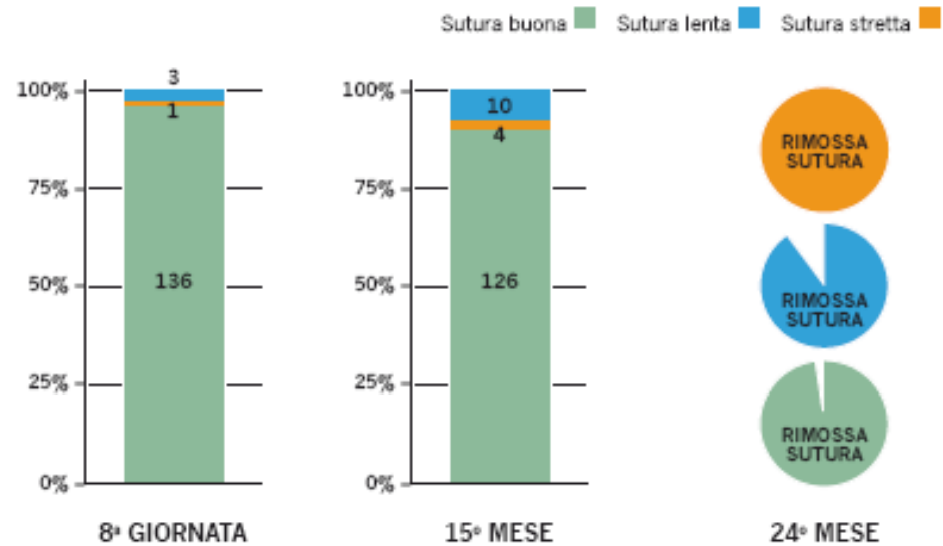
EK
(142)



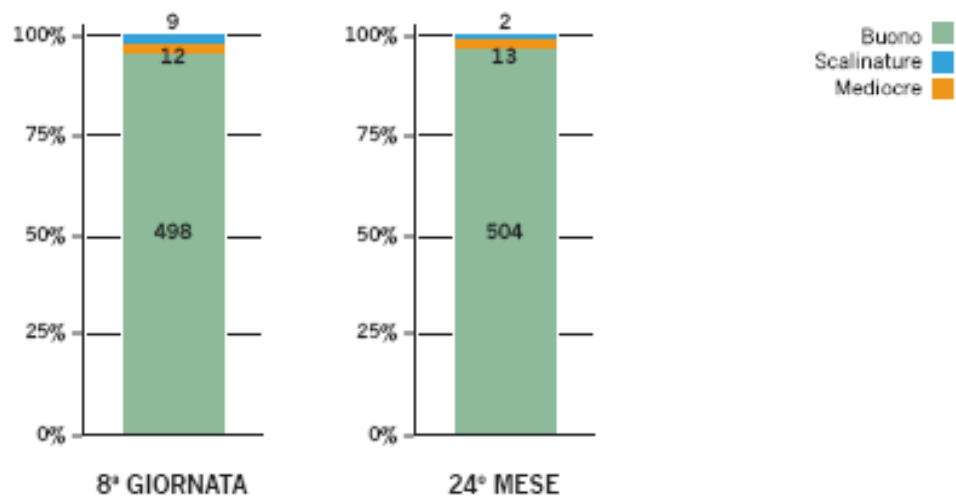
SUTURA PK



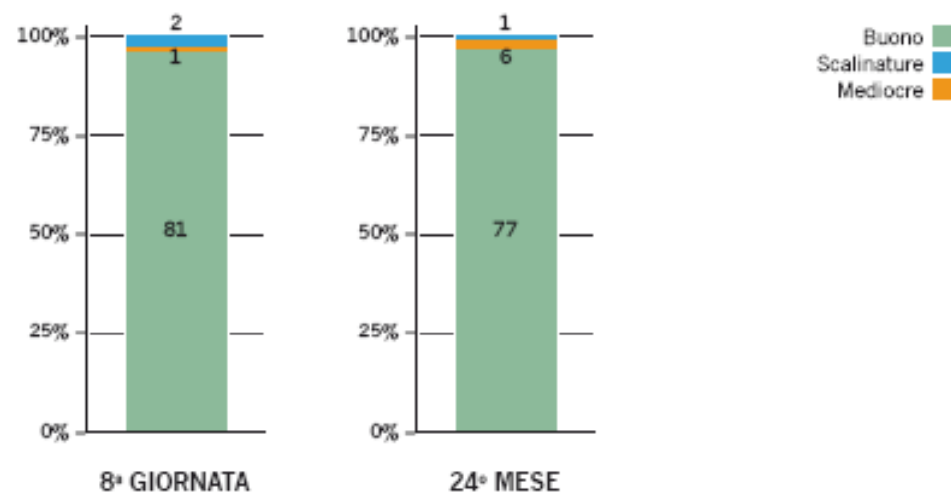
SUTURA LK



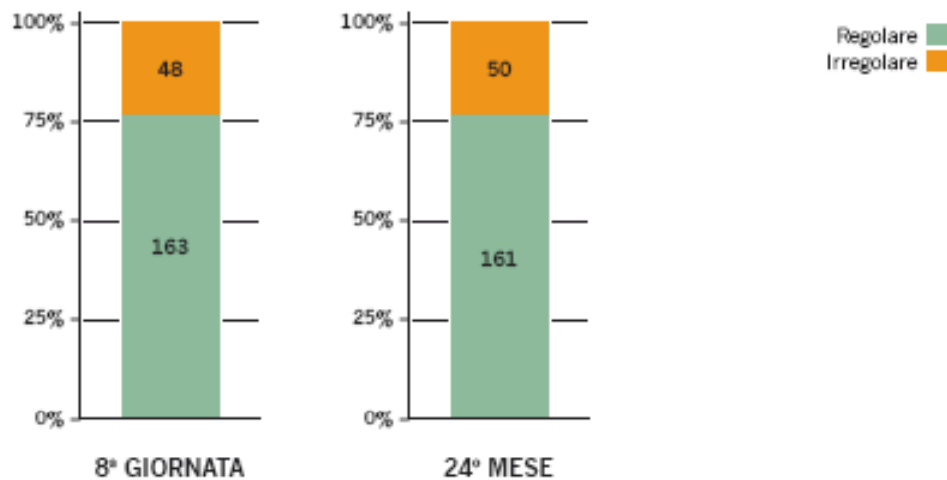
ALLINEAMENTO INNESTO PK



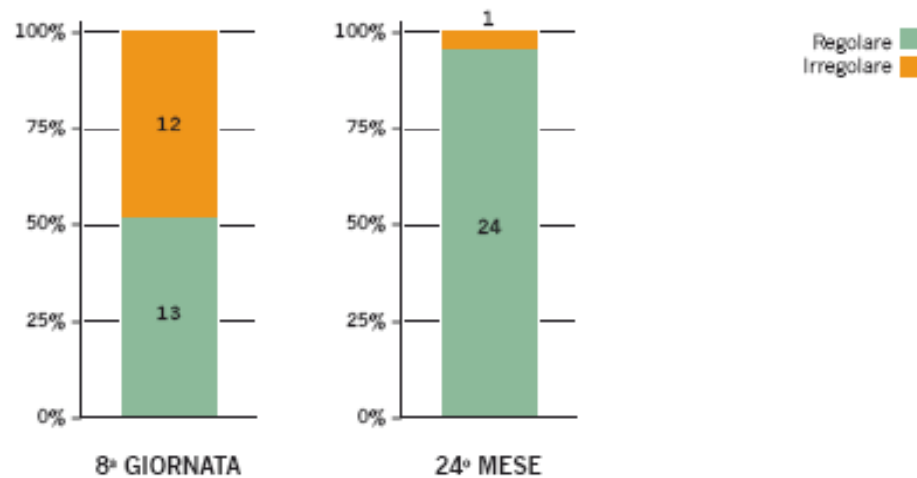
ALLINEAMENTO INNESTO LK



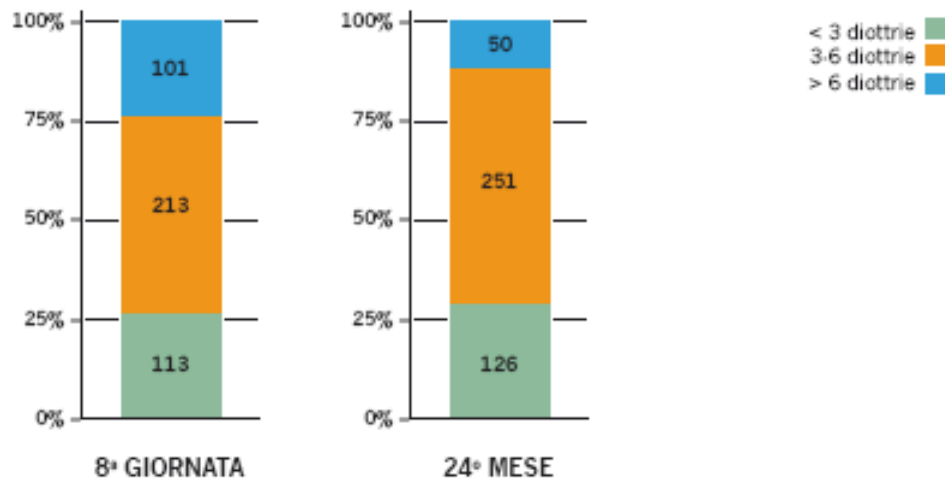
TIPO DI ASTIGMATISMO PK



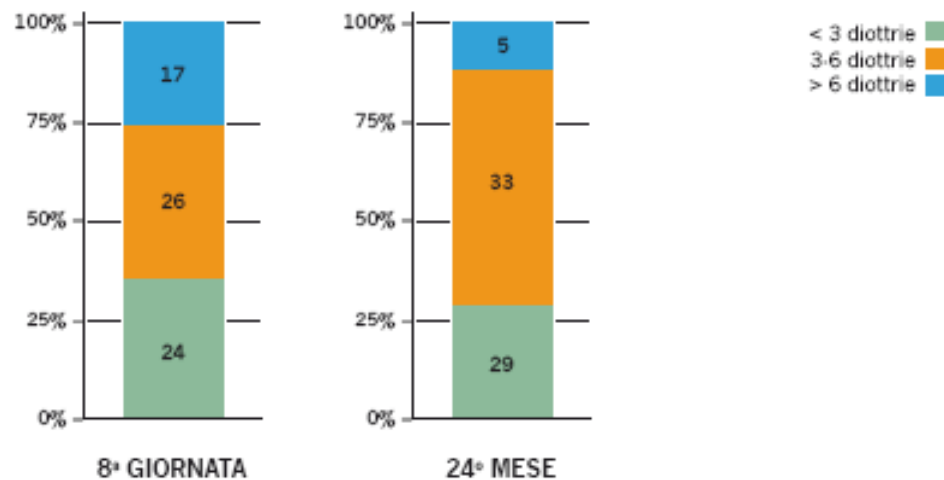
TIPO DI ASTIGMATISMO LK



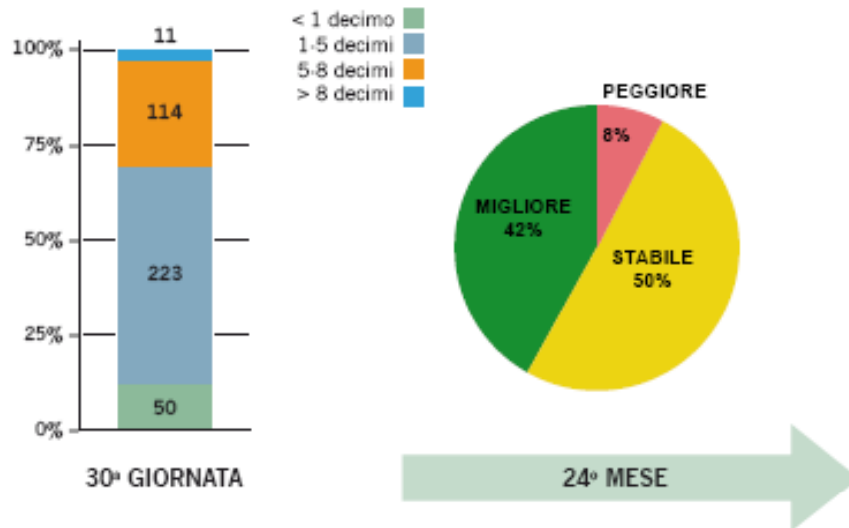
ENTITÀ DELL'ASTIGMATISMO PK



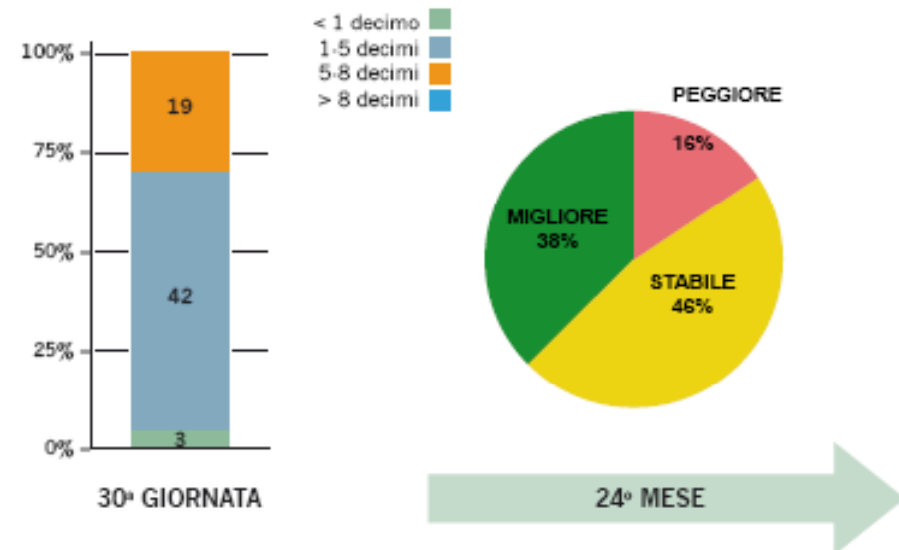
ENTITÀ DELL'ASTIGMATISMO LK



VISUS CON LENTI (BCVA) – 30ª GIORNATA – PK



VISUS CON LENTI (BCVA) – 30ª GIORNATA – LK



- attività di prelievo e trapianto di cornee 2008;
- nuova edizione Resoconto Attività di donazione e trapianto di cornee e membrane amniotiche Anno 2009
- accreditamento regionale centri trapianto cornea;
- attività di donazione cornee 2008;
- attività della Banca delle Cornee 2008;
- attività della Banca delle Membrane Amniotiche 2008;
- edizione 2009 Protocollo Regionale Prelievo e Trapianto di Cornea;
- comunicazione eventi avversi e follow-up trapianti;
- **programmazione trapianti di cornea;**
- eventi 2009;
- varie ed eventuali.

Obiettivo 2010

distribuzione programmata delle cornee per trapianto

Obiettivo 2009 (5 giugno 2008): 50% cornee distribuite per interventi programmati.

Risultato 2008 : programmazione di circa 180 interventi, poco più del 50% degli interventi eseguiti nel 2008.

Obiettivo 2010 (11 giugno 2009): 70% interventi programmati (massimo raggiungibile 80%)

Obiettivo 2010

Distribuzione lamelle per interventi endoteliali

- **Valutazione 3 microcheratomi (dati in elaborazione)**
- **Definizione necessità e costi**
- **Acquisizione strumento**

Progetto 2010

Avvio programma cura deficit limbare

- **Avvio “cell factory”**
- **Autorizzazione AIFA**
- **Definizione percorso terapeutico**

E' finita,
GRAZIE !

BANCA DELLE CORNEE DELLA REGIONE PIEMONTE

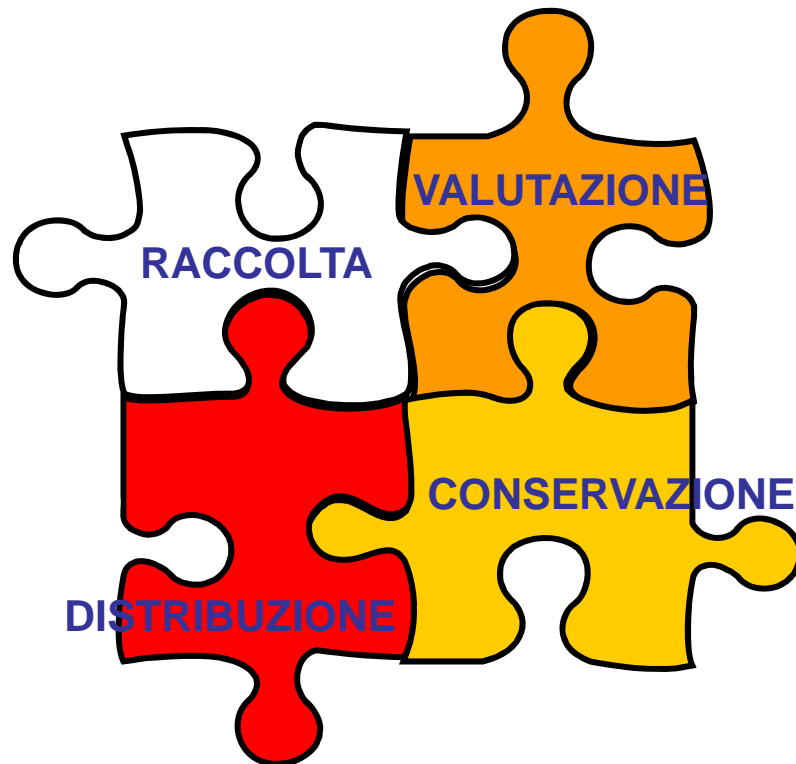
(D.G.R. 51-3035 21/05/2001)



ATTIVITA' 2008

11 Giugno 2009 - Piera SANTORO

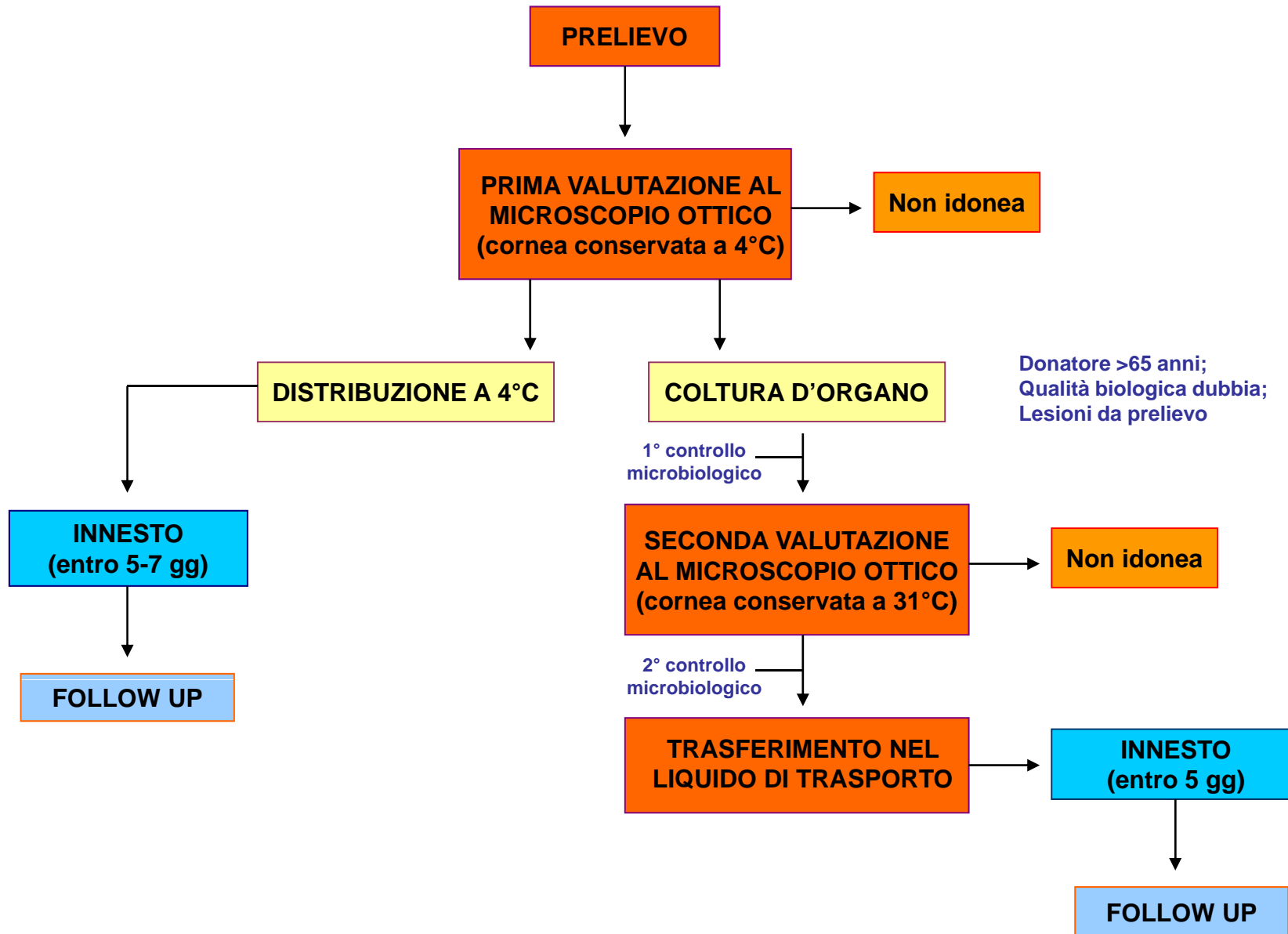
ATTIVITA' DELLA BANCA



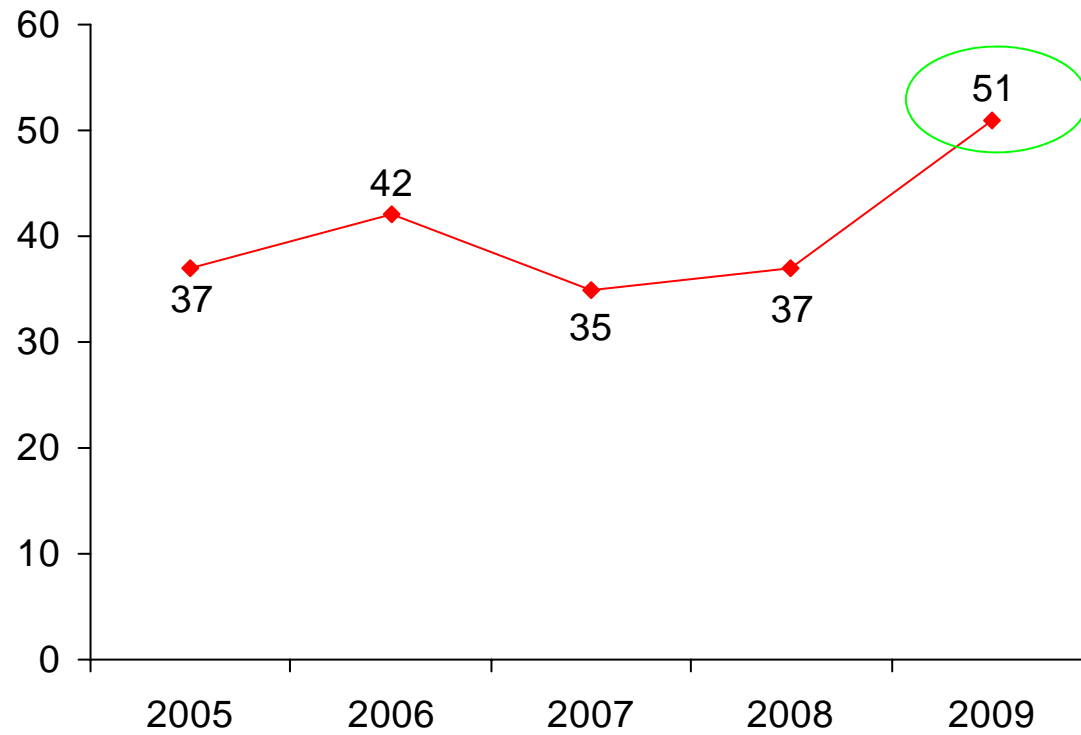
OBIETTIVI DELLA BANCA

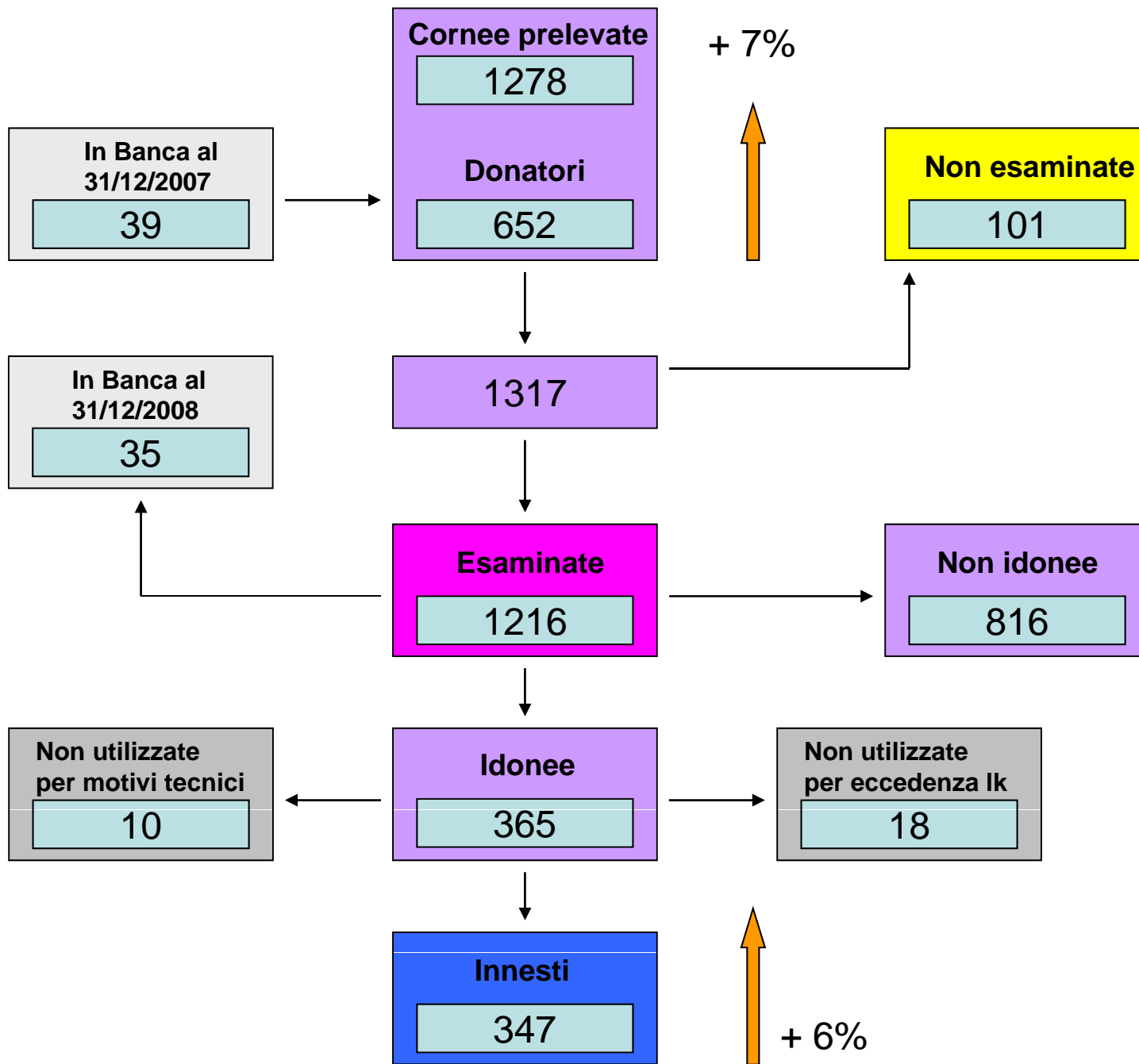
- riduzione dei tempi di attesa
- garanzia della sicurezza dei tessuti
- garanzia della qualità dei tessuti

PROCESSAZIONE DEI TESSUTI

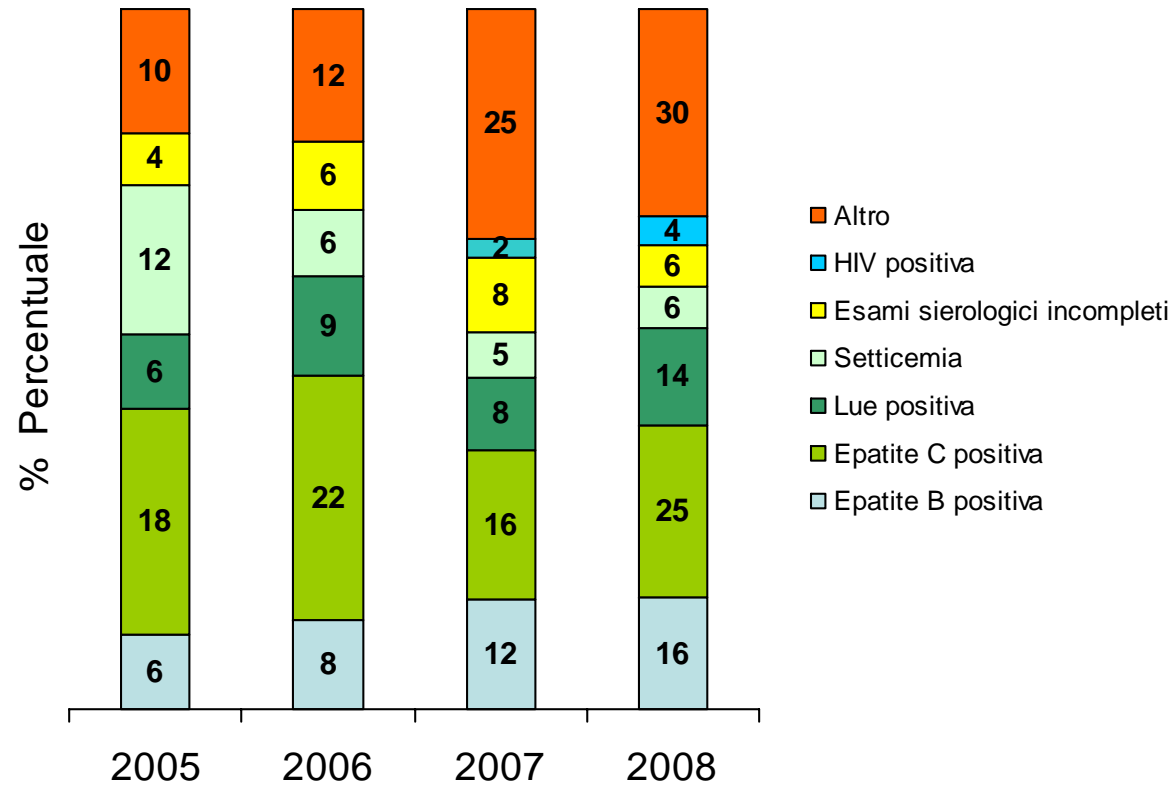


PERCENTUALE DI CORNEE CONSERVATE A 31° C
NEL PERIODO 1/01 - 31/05 NEL CORSO DEGLI ANNI
2005 - 2009



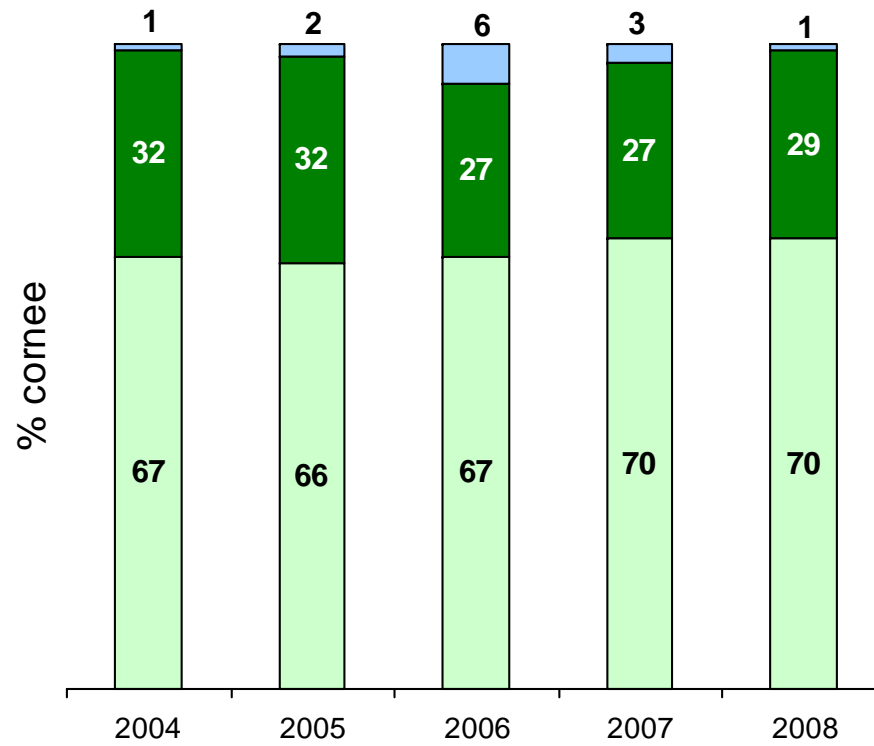


CORNEE PERVENUTE ED ESCLUSE PER NON IDONEITA' DEL DONATORE

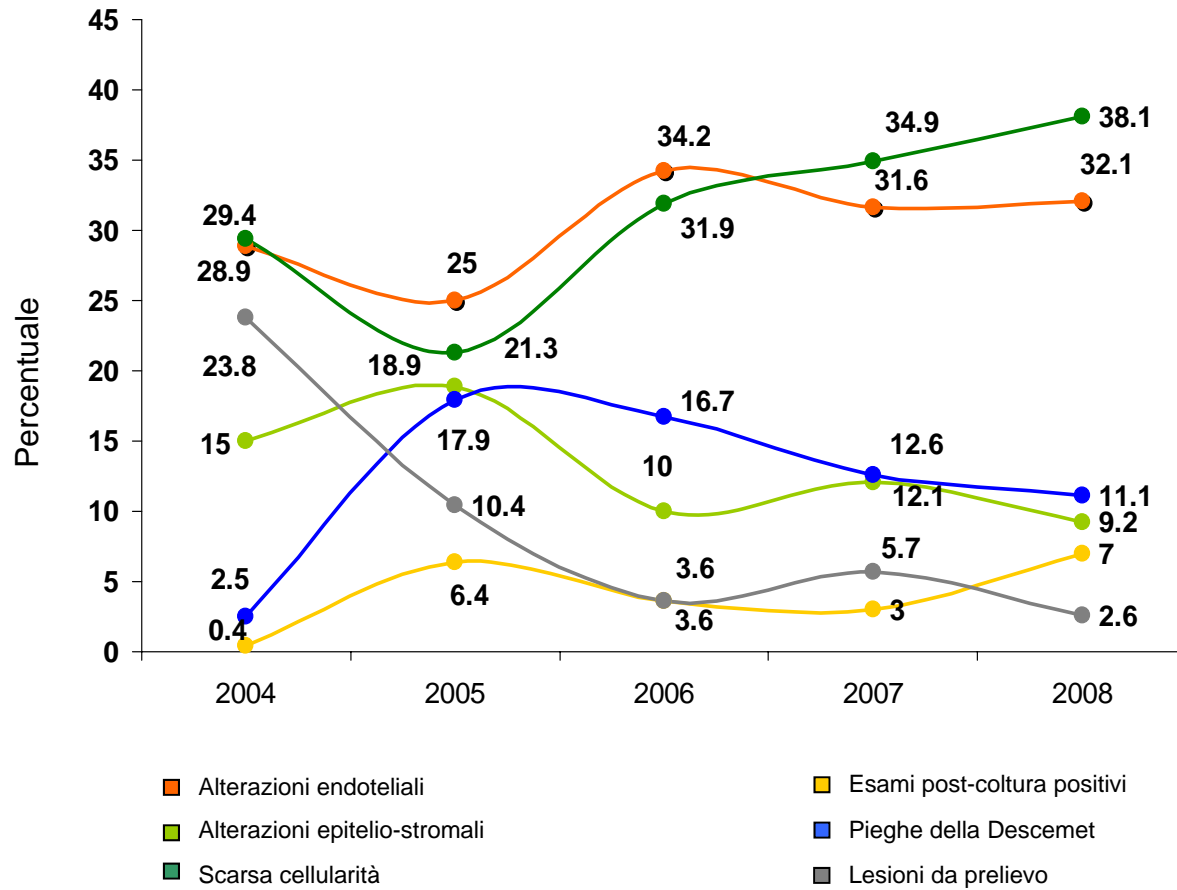


BILANCIO CORNEE 2008

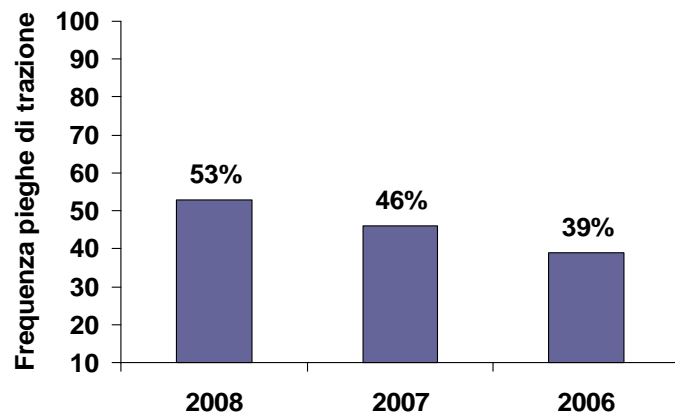
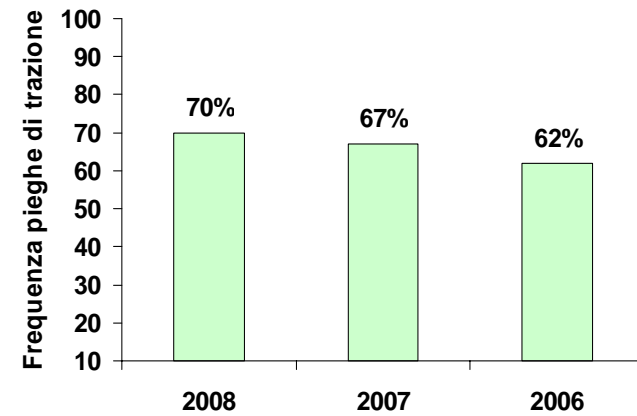
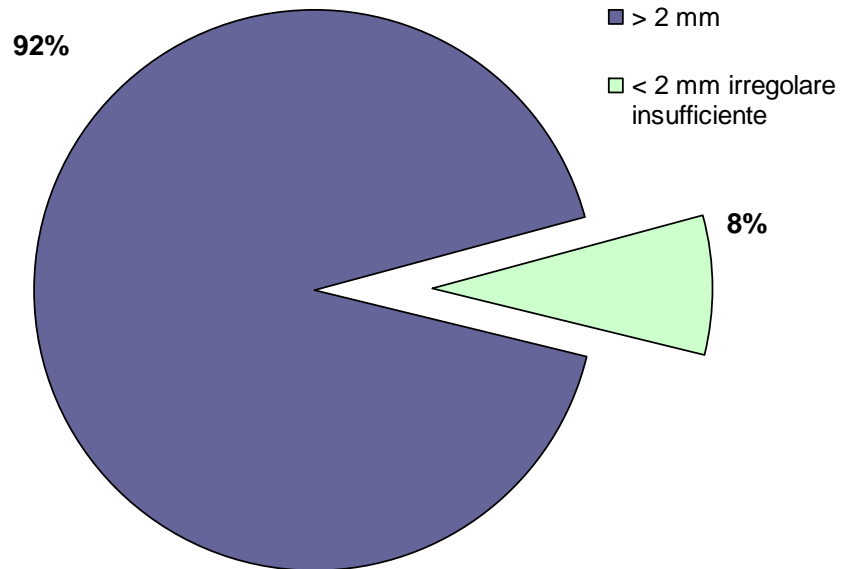
Eliminate Idonee trapiantate Idonee non utilizzate



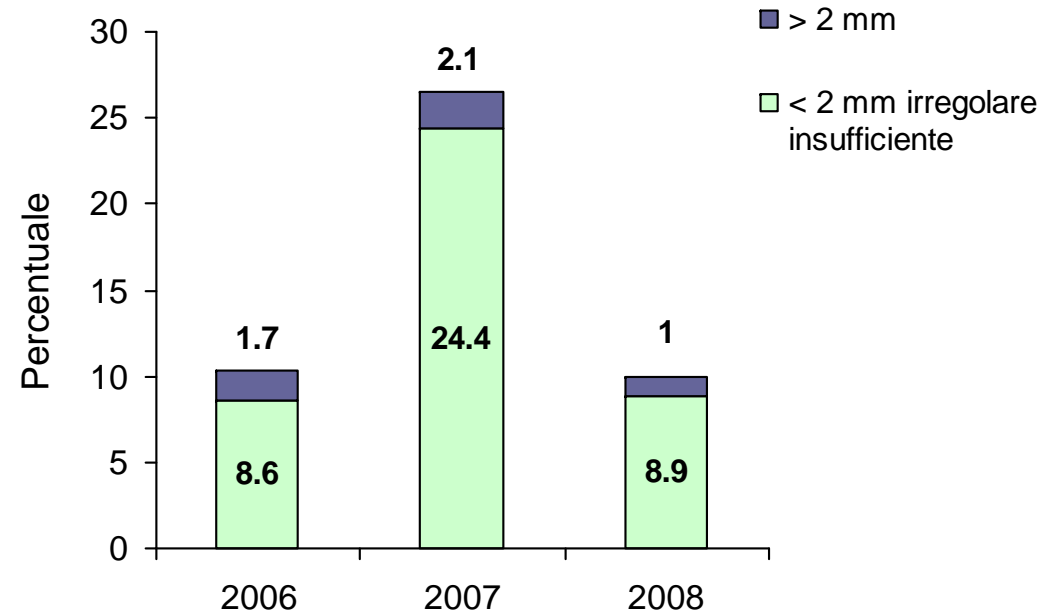
CAUSE DI ELIMINAZIONE 2008



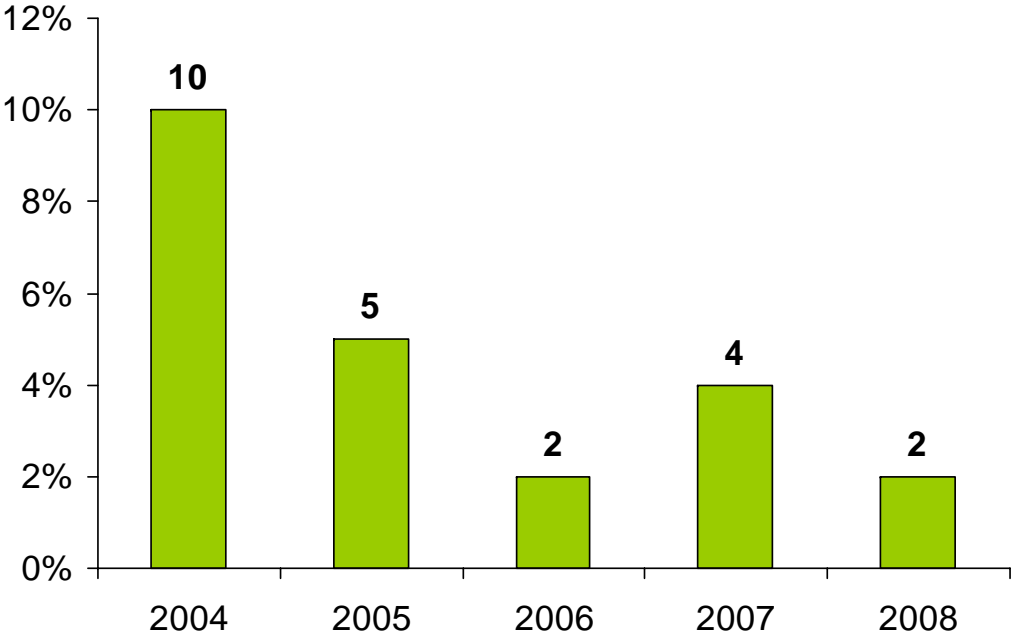
CONFRONTO TRA LA DIMENSIONE ANELLO CORNEO-SCLERALE NELLE CORNEE PRELEVATE E LA PRESENZA DI PIEGHE DA TRAZIONE



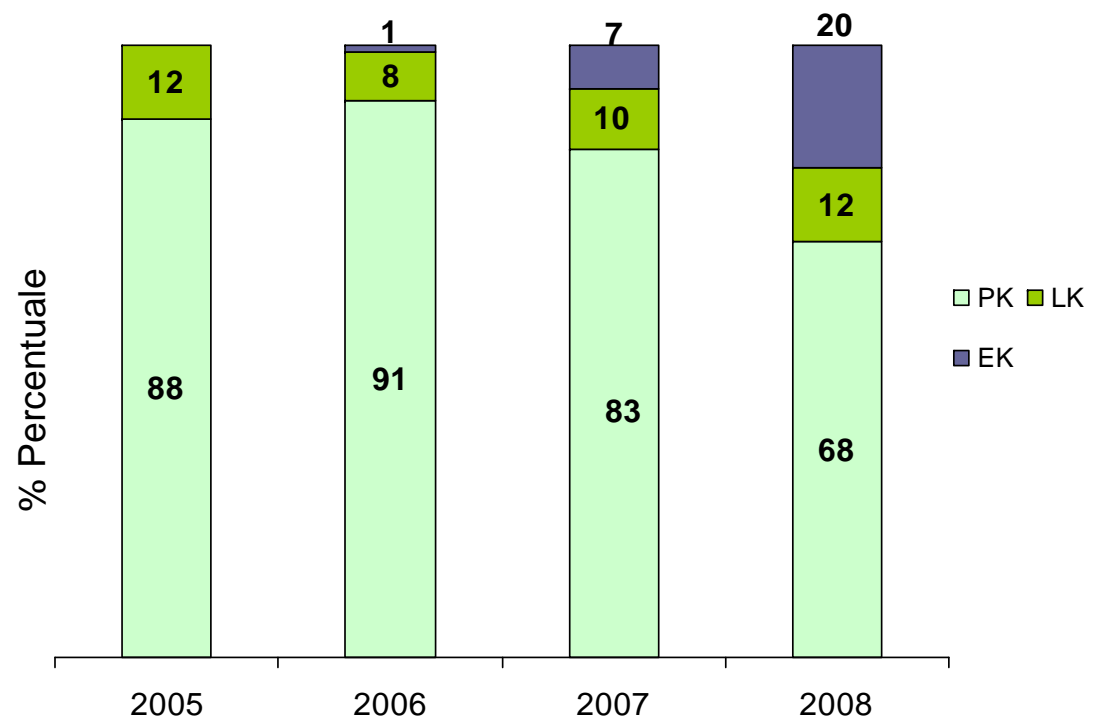
PERCENTUALE DI CORNEE ELIMINATE PER LESIONI IATROGENE IN RAPPORTO ALLA DIMENSIONE DELL'ANELLO CORNEO-SCLERALE



LESIONI DA PRELIEVO 2008



TRAPIANTI PER TIPO DI INNESTO 2008



VALUTAZIONE DELLE CORNEE

“PARAMETRI DI SELEZIONE”

PK	DLK	DLEK	ATLK, DSAEK, SALK.....
<p>Diametro trasparente >8,5 mm</p> <p>Mosaico endoteliale regolare</p> <p>Assenza di alterazioni distrofiche o degenerative dell'endotelio corneale (buona vitalità e funzionalità cellulare)</p> <p>Densità cellulare endoteliale >2000 cellule/mm²</p>	<p>Diametro trasparente >8,5 mm</p> <p>Assenza di alterazioni stromali</p> <p>Densità cellulare endoteliale <2000 cellule/mm²</p>	<p>Mosaico endoteliale regolare</p> <p>Assenza di alterazioni distrofiche o degenerative dell'endotelio corneale (buona vitalità e funzionalità cellulare)</p> <p>Densità cellulare endoteliale >2000 cellule/mm²</p>	<p>ATLK e SALK: stessi criteri utilizzati per DLK</p> <p>DSAEK: stessi criteri utilizzati per DLEK</p> <p>Anello corneo sclerale >2 mm</p>

“Se ti concentri sui risultati, non cambierai mai...ma se ti concentri sui cambiamenti, otterrai dei risultati...”

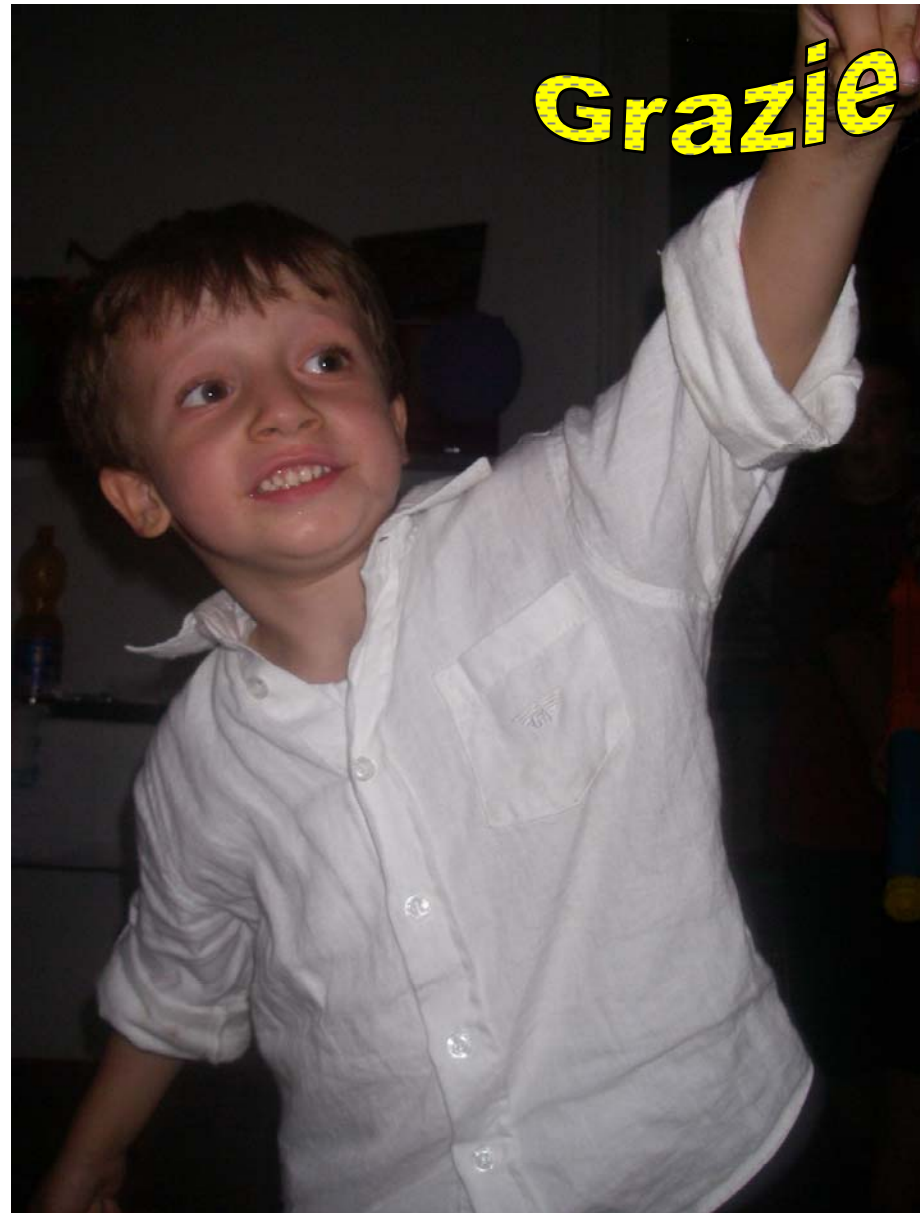
IL PERCORSO DELLA BANCA

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
La Regione Piemonte istituisce la Banca delle Cornee con D.G.R. 51-3035 del 21.05.2001	Dal 1° luglio la Banca delle Cornee diventa operativa su tutto il territorio regionale	La Banca delle Cornee entra a far parte della Società Italiana Banche degli Occhi (SIBO)	Inizio della distribuzione di cornee idonee per cheratoplastica lamellare (LK)	Inizio della distribuzione di cornee idonee per cheratoplastica endoteliale profonda (DLEK)	Inizio di attività di ricerca all'interno della Banca Inizio della distribuzione di tessuti sclerali	Inizio della distribuzione di cornee idonee per ATLK, DSAEK, SALK...
2008	2009					
Inizio della distribuzione programmata delle cornee per trapianto Definizione del progetto “Cornee HLA compatibili” in AIRT	Progetto di distribuzione di cornee preparate per interventi di trapianto lamellare endoteliale					



*“Se non puoi essere una via maestra, sii un sentiero.
Se non puoi essere il sole, sii una stella.
Sii sempre il meglio di ciò che sei”*

Martin Luther King



Regione Piemonte
Valle d'Aosta

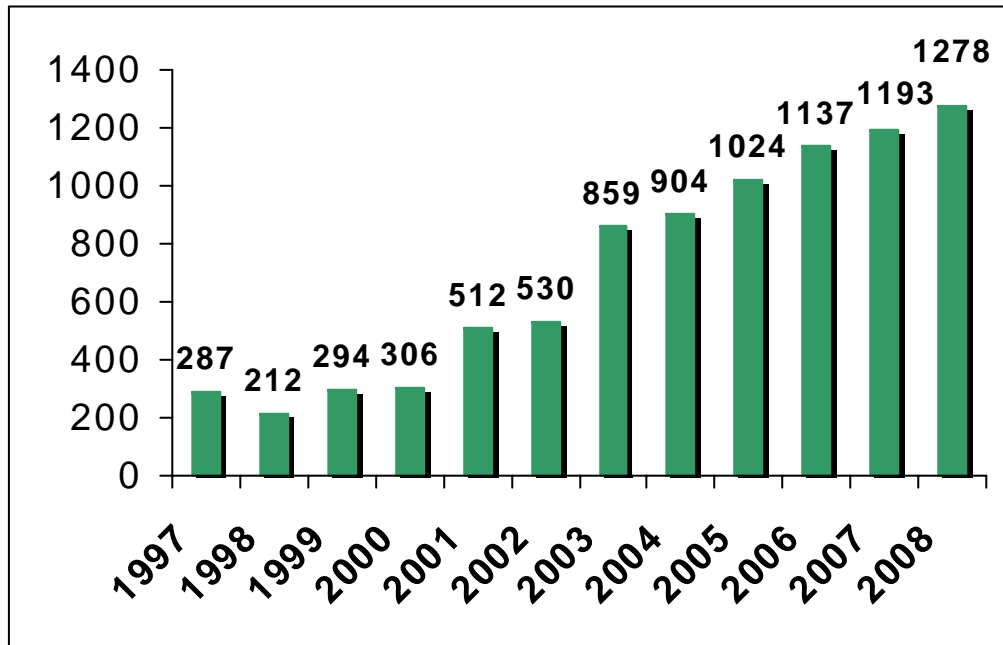


Attività di procurement
Cornee 2008

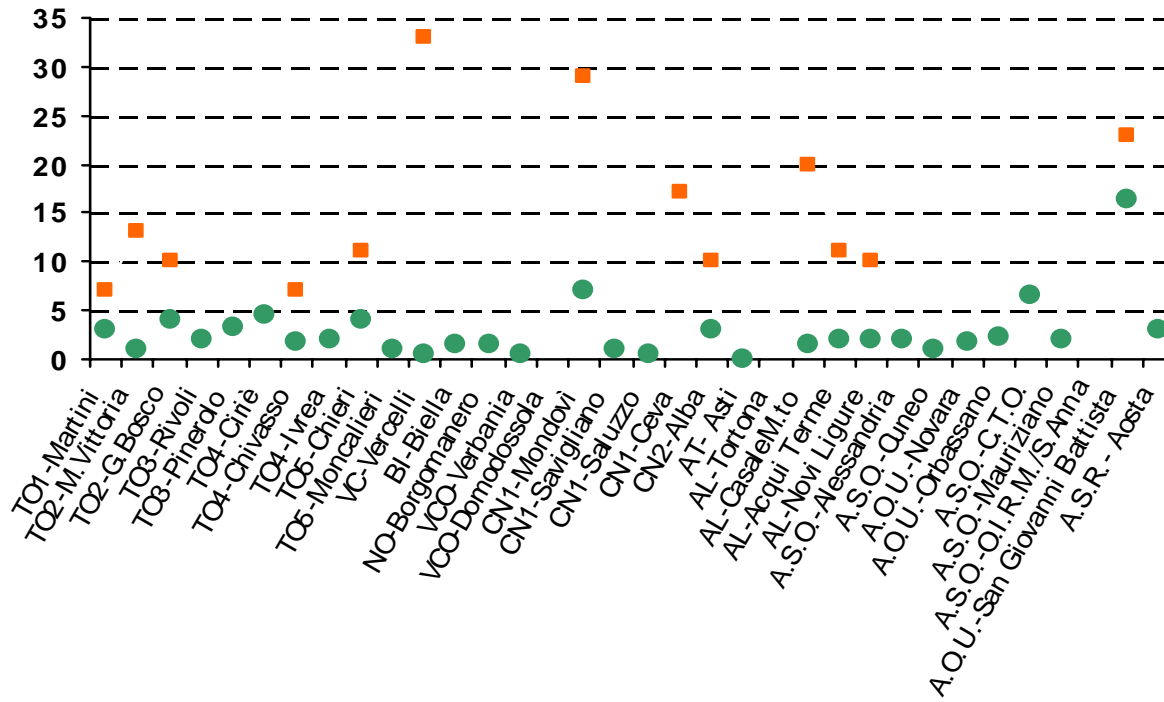
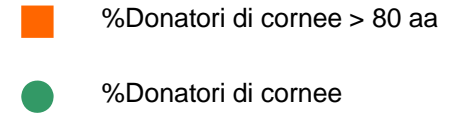


AZIENDA SANITARIA	OSPEDALE SEDE PRELIEVO	TOTALE DONATORI	DONATORI CUORE BATTENTE	DONATORI CUORE FERMO	CORNEE CUORE BATTENTE	CORNEE CUORE FERMO	TOTALE CORNEE
TO1	TORINO - Martini	15	2	13	4	25	29
TO2	TORINO - Maria Vittoria	8	1	7	2	13	15
	TORINO - Giovanni Bosco	40	7	33	13	65	78
TO3	RIVOLI	10	2	8	4	16	20
	SUSA	3	-	3	-	6	6
	PINEROLO - Casa dell'anziano Madonna della Misericordi	1	-	1	-	2	2
	PINEROLO - Osp. Civile	24	2	22	4	44	48
TO4	CIRIE'	19	2	17	4	32	36
	CUORGNE'	2	-	2	-	4	4
	CHIVASSO	14	2	12	4	24	28
	LANZO TORINESE	1	-	1	-	2	2
	IVREA	9	-	9	-	18	18
TO5	MONCALIERI	5	-	5	-	10	10
	CHIERI	15	1	14	2	28	30
VC	VERCELLI	3	-	3	-	6	6
BI	BIELLA - Casa di Cura Hospice Orsa Maggiore	1	-	1	-	2	2
	BIELLA - Osp. Degli Infermi	13	5	8	10	16	26
NO	BORGOMANERO	8	2	6	4	12	16
VCO	DOMODOSSOLA	3	3	-	6	-	6
	VERBANIA	1	-	1	-	2	2
CN1	MONDOVI'	7	1	6	2	12	14
	FOSSANO	1	-	1	-	2	2
	CEVA	6	-	6	-	12	12
	SAVIGLIANO	3	-	3	-	6	6
	SALUZZO	2	-	2	-	4	4
CN2	ALBA	10	-	10	-	17	17
AT	ASTI	3	2	1	4	2	6
AL	CASALE MONFERRATO	10	-	10	-	20	20
	ACQUI TERME	9	1	8	2	16	18
	NOVI LIGURE	10	-	10	-	20	20
A.S.O.	ALESSANDRIA	32	13	19	26	37	63
A.S.O.	CUNEO	14	5	9	10	18	28
A.O.U.	NOVARA	35	16	19	31	37	68
A.O.U.	ORBASSANO - S.Luigi	15	-	15	-	26	26
A.S.O.	TORINO - C.T.O.	17	9	8	17	16	33
A.O.U.	TORINO - Molinette	241	12	229	24	449	473
A.S.O.	TORINO - Mauriziano	18	2	16	4	32	36
A.S.R.	AOSTA	24	-	24	-	48	48
TOTALE		652	90	562	177	1101	1278

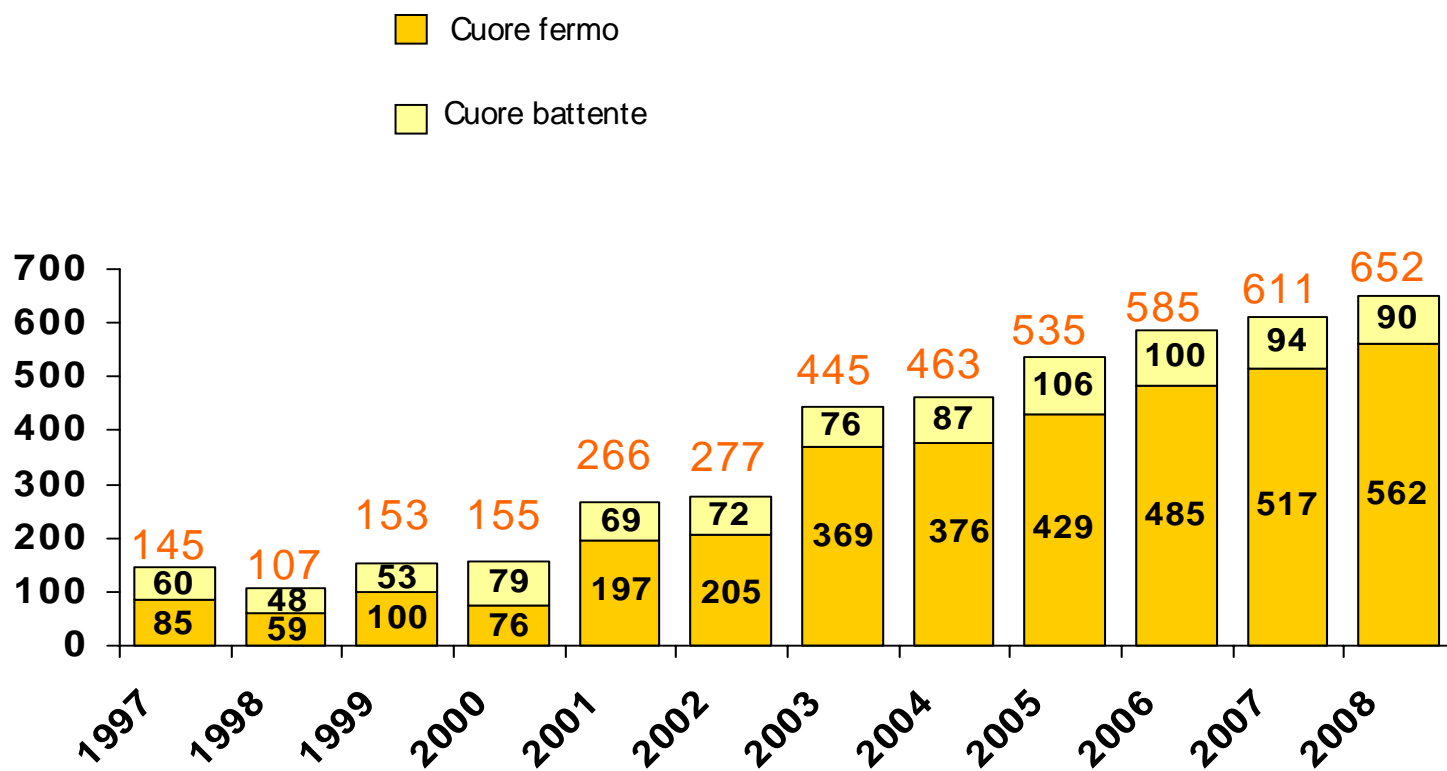
CORNEE PRELEVATE



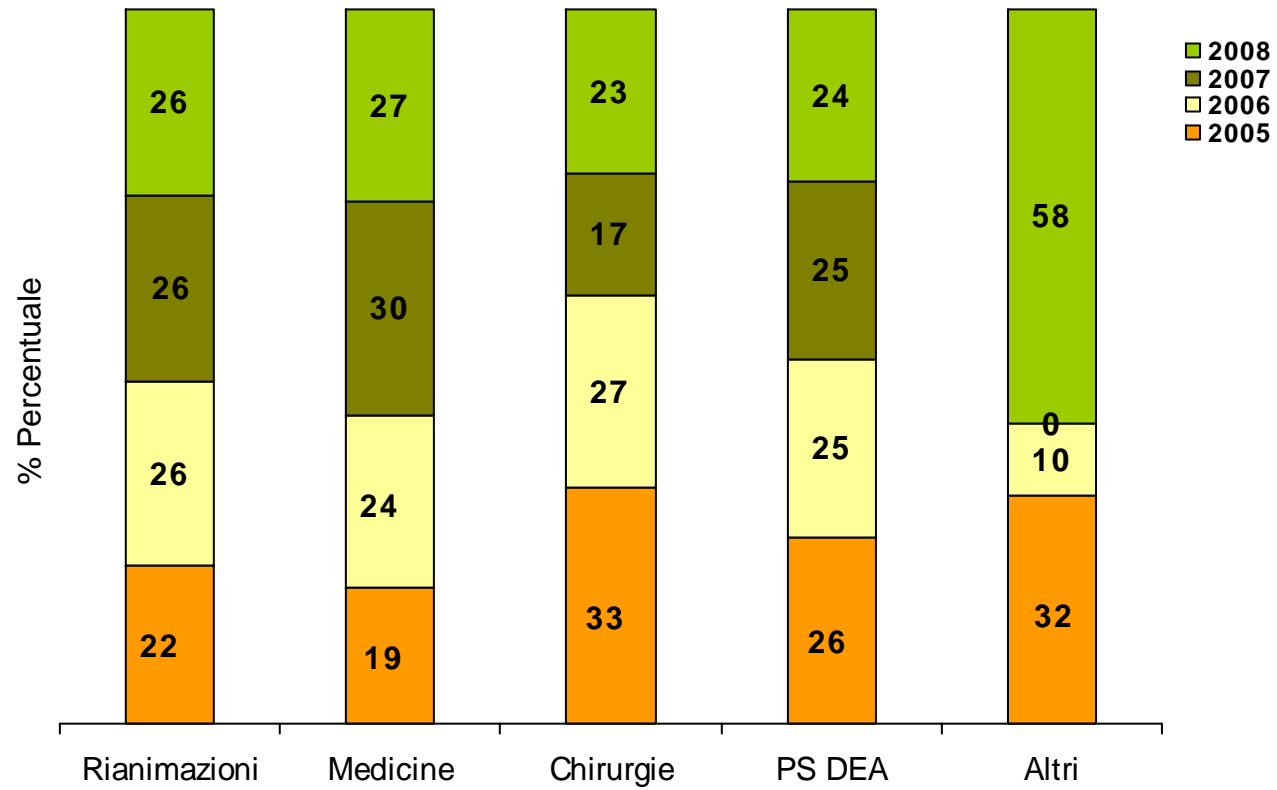
Indici di qualità 2008



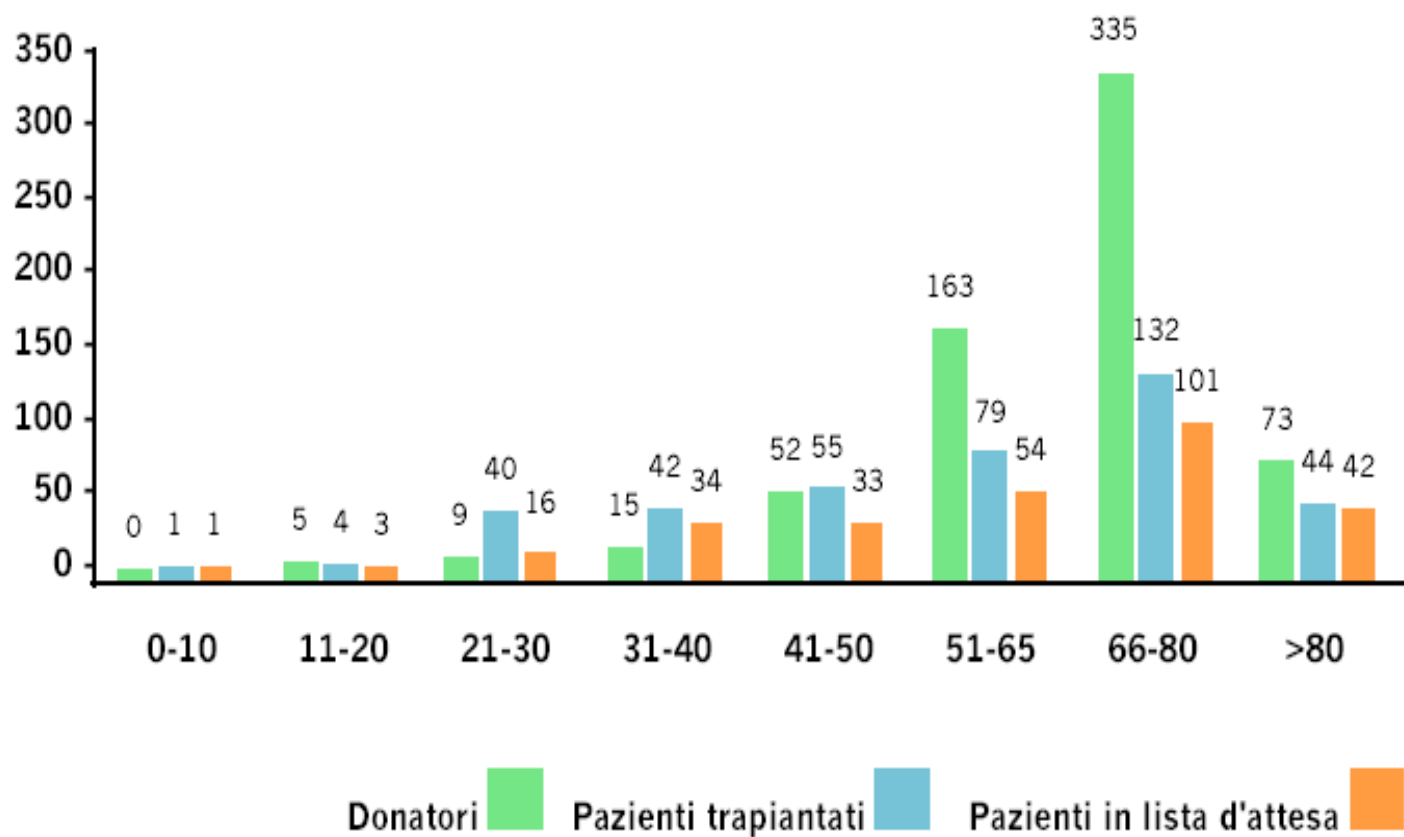
Tipologia di donatori in Piemonte – Valle d'Aosta 2008



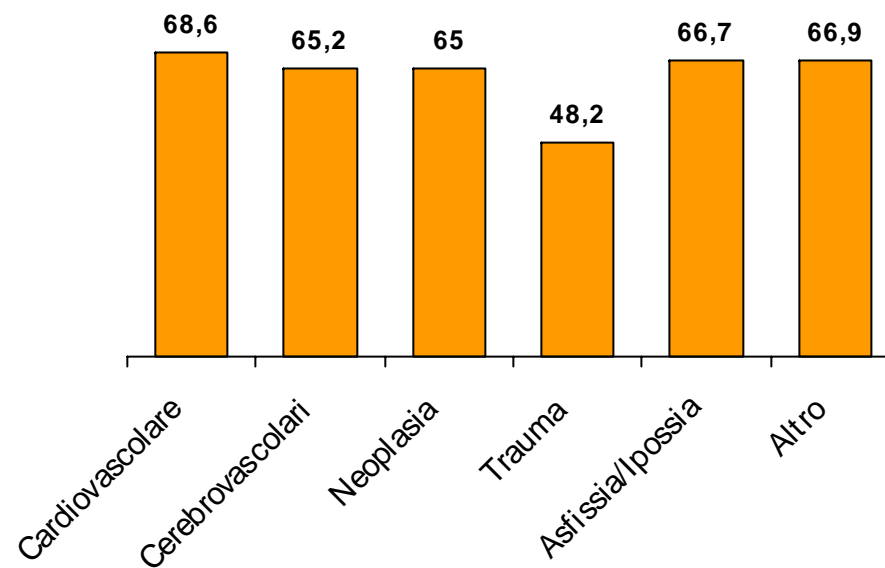
Reparti di decesso donatori di cornee

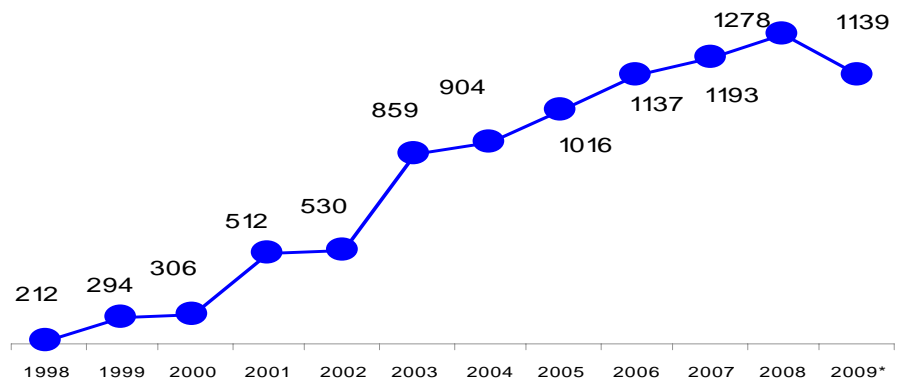


DONATORI/PAZIENTI - CLASSI D'ETA' 2008

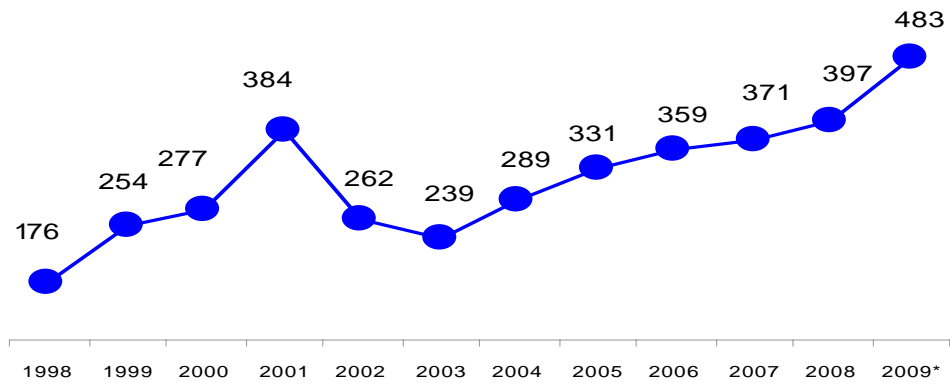


Età media dei donatori in relazione alle cause morte 2000- 2008



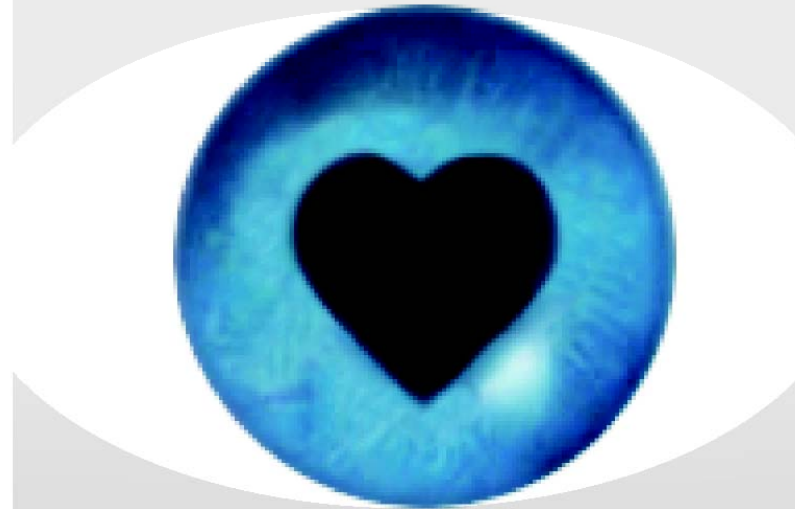


CORNEE PRELEVATE



CORNEE TRAPIANTATE

**Donazione delle cornee.
Un gesto d'amore.**



Con il vostro sostegno umano e professionale
molte persone potranno riacquistare la vista.

Chi aspetta un organo, non aspetta altro.

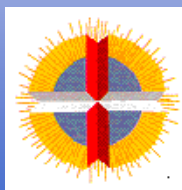




Torino 11 giugno 2009

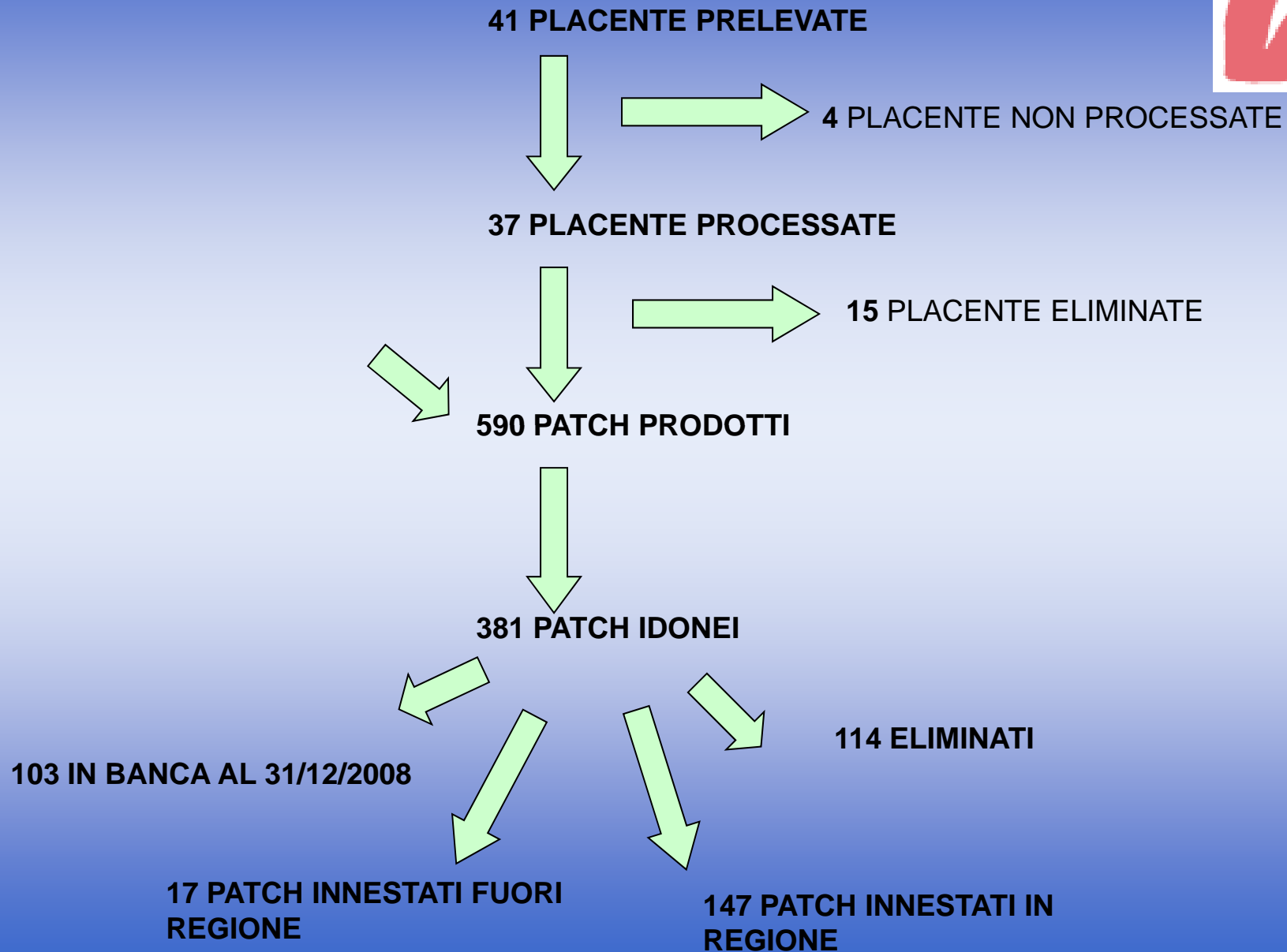


Attività della
Banca delle Membrane
Amniotiche
della Regione Piemonte 2008



A.S.O. S. Croce e Carle Cuneo

ATTIVITA' AL 31-12-2008



	CENTRO TRAPIANTI	NUMERO TRAPIANTI
ALESSANDRIA	SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo	4
ACQUI TERME	Civile	2
ARONA	SS. Trinità	8
BIELLA	degli Infermi	7
CASALE M.TO	S. Spirito	15
CIRIE'	Stab. Osp.	1
CUNEO	S. Croce e Carle	22
IVREA	Civile	25
NOVARA	Maggiore della Carità	4
NOVI LIGURE	Osp. S. Giacomo	2
PINEROLO	Civile "E. Agnelli"	1
SAVIGLIANO	Maggiore SS. Annunziata	2
TORINO	Mauriziano	2
TORINO	Presidio Sanitario Gradenigo	2
TORINO	Oftalmico	42
VERCELLI	Sant'Andrea	2
<u>TOTALE</u>		141
CARMAGNOLA	Centro Lisa	1
TORINO	Villa Maria Pia Hospital	5
<u>TOTALE</u>		6
GENOVA	San Martino - Clinica Oculistica	12
LAVAGNA	Lavagna	3
LA SPEZIA	Alma Mater	1
LA SPEZIA	Civile	1
<u>TOTALE TRAPIANTI</u>		164

Nuovi Centri afferenti del 2008

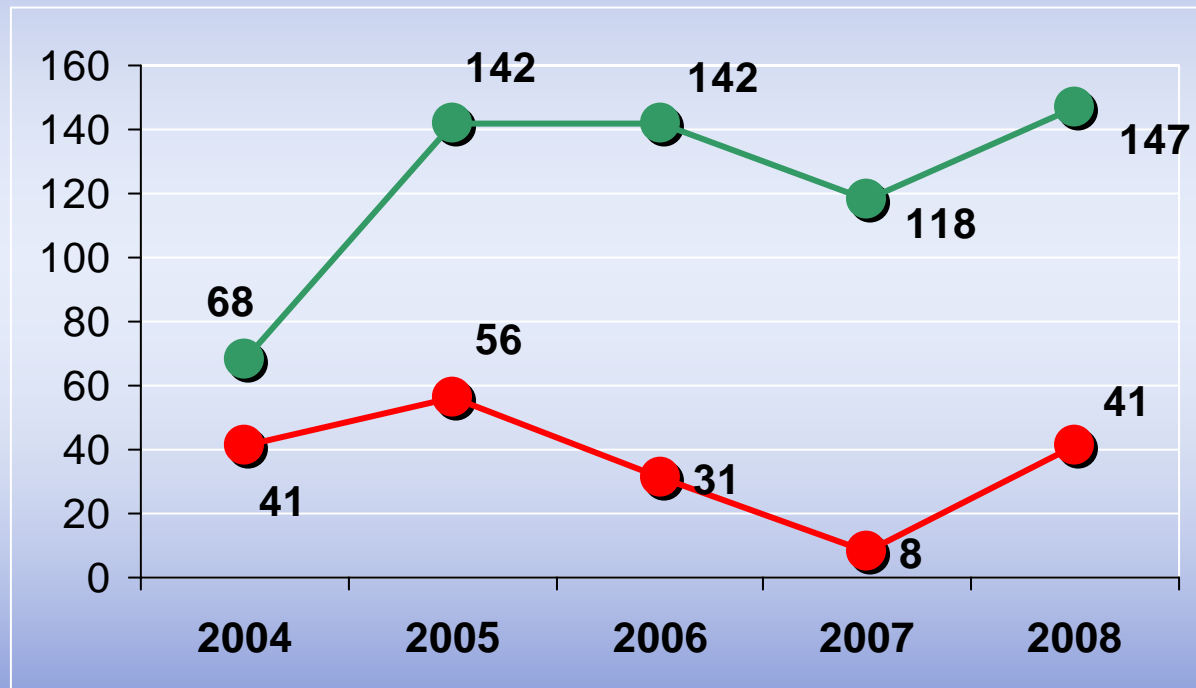
IN REGIONE

- Carmagnola – Centro Lisa

FUORI REGIONE

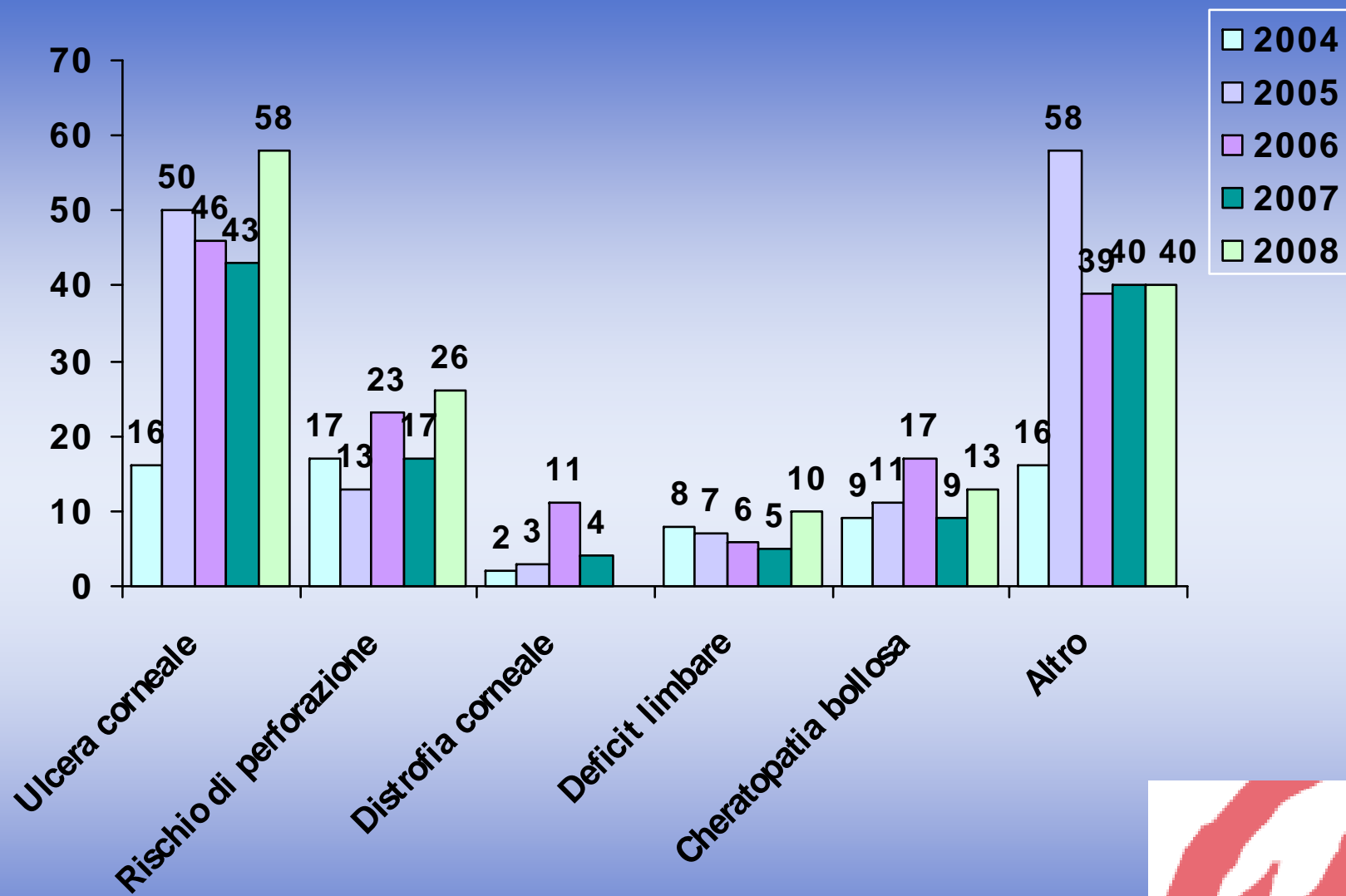
- Lavagna
- La Spezia – Alma Mater
- Melegnano (Dott. Pece)





Richieste per patologia





TRACCIABILITA'

dalle linee guida...

- **Rintracciabilità** Ad ogni tessuto deve essere assegnata una sigla ed un numero identificativo unico per quel tessuto che servirà per identificare il materiale durante tutti i passaggi, dal prelievo fino alla distribuzione ed utilizzo; questi sigla e numero unico devono mettere in relazione il tessuto con il donatore.
.....
- **Registrazione documentazione** La Banca deve tenere e registrare la documentazione pervenuta e conservarla per almeno 30 anni dopo l'utilizzo clinico confermato del rispettivo tessuto, o della sua eliminazione.
.....
- **Documentazione di ricevimento del tessuto** Conferma del ricevimento e dell'utilizzo del tessuto deve essere trasmessa alla Banca attraverso l'invio di una documentazione con la data di ricevimento, informazioni sulla destinazione (nome del ricevente, data dell'intervento, chirurgo che ha effettuato il trapianto) con la firma del medico responsabile del trapianto. La dichiarazione implica il giudizio di idoneità, al momento della consegna, del tessuto trasportato.
Tale documentazione garantisce la rintracciabilità del tessuto.

AZIENDA OSPEDALIERA S.CROCE E CARLE - CUNEO
ENTE DI RILIEVO NAZIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE D.P.C.M. 23-4-1993
VIA MICHELE COPPINO, 26 - 12100 CUNEO - TEL. 0171 6411(25 LINEE) FAX 0171 699545

BANCA DELLE MEMBRANE AMNIOTICHE DELLA REGIONE PIEMONTE

SCHEDA DI RICHIESTA DI MEMBRANA AMNIOTICA

DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA DI INNESTO ED INVIARE A :

- Banca delle Membrane Amniotiche
A.S.O. S. Croce e Carle CUNEO

Responsabile Dr. Guido Caramello; Referente Dr.ssa Patrizia Indemini
Via Michele Coppino 26, 12100 CUNEO

Tel.0171/642242-2704, Fax 0171-642124 e-mail bancamembranamniotiche@ospedale.cuneo.it

- Centro di Riferimento Regionale per i Trapianti
Via Santena 19, Torino Tel. 011-6336518 Fax 011-6336529

Scheda di richiesta

CENTRO DI INNESTO DI _____

(Ospedale)

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome _____

Sesso M F Data di nascita _____

Innesto da eseguire su (per Oculistica): Occhio Destro Occhio Sinistro

Progressi innesti di m.a.: OD: n.° _____ OS: n.° _____

Patologia: Rischio di perforazione Cheratopatia bollosa Ulcera

Deficit limbare Altro (precisare) _____

Risultato desiderato Miglioramento acuità visiva Ripristino struttura Diminuzione dolc

(per Chirurgia Plastica, Dermatologia, ecc.) _____

DATA PREVISTA PER L'INNESTO _____

DATA ULTIMA DI CONSEGNA _____

GENERALITÀ DEL MEDICO RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Tel _____

Presso l'Ospedale/Casa di Cura _____

Data _____ Firma _____



MA05-2-08

AZIENDA OSPEDALIERA S.CROCE E CARLE – CUNEO
ENTE DI RILIEVO NAZIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE D.P.C.M. 23-4-1993
VIA MICHELE COPPINO, 26 – 12100 CUNEO - TEL. 0171 6411(25 LINEE) FAX 0171 699545

BANCA DELLE MEMBRANE AMNIOTICHE DELLA REGIONE PIEMONTE

SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO DELLA MEMBRANA AMNIOTICA

Banca delle Membrane Amniotiche
Responsabile Dr. Guido Caramello; Referente Dr.ssa Patrizia Indemini
Tel. 0171-642242-2704, Fax 0171-642124
bancamembraneamniotiche@ospedale.cuneo.it

La scheda va inviata via fax alla Banca delle Membrane Amniotiche al momento della consegna al Centro di Innesto.
La scheda va conservata a cura del Centro di Innesto.

Scheda di accompagnamento

NUMERO IDENTIFICATIVO MEMBRANA AMNIOTICA _____

In base ai tests effettuati, la donatrice e la membrana amniotica sono risultate idonee.

Sc congelamento a 4° C: _____ ore _____ Scadenza _____ ore _____

Nome del ricevente _____

Data di nascita _____ Innesto su: ? OD ? OS

Al momento della consegna, inviare via fax la presente scheda per conferma del ricevimento, togliere dall'imballaggio (scatola di polistirolo) e conservare la membrana amniotica nel suo contenitore a +4°C, avvolto nel sacchetto trasparente. Non congelare. Non aprire fino al momento dell'uso. Non usare se il contenitore risulta manomesso o se il liquido di conservazione si presenta torbido. La membrana si presenta distesa su di un filtro in PDVF, con il versante epiteliale rivolto verso l'alto. Lavare con soluzione fisiologica sterile prima dell'utilizzo.

Tessuto utilizzabile per un solo paziente. Tessuto di origine umana non sottoposto a processo di sterilizzazione. Tessuto sottoposto a criocongelamento dopo il prelievo e criconservazione.

Se non è possibile effettuare l'innesto entro la data di scadenza, contattare la Banca delle Membrane Amniotiche.

DATI RELATIVI AL TRASPORTO (aspetto esteriore dei beni: 1 scatola in polistirolo)

INVIATA (a mezzo azienda propria) a: _____

in data _____ alle ore _____

consegnata da _____

ritirata da _____

A DESTINAZIONE: in data _____ alle ore _____

consegnata da _____

ritirata da _____



MA11-1-08

AZIENDA OSPEDALIERA S.CROCE E CARLE – CUNEO
ENTE DI RILIEVO NAZIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE D.P.C.M. 23-4-1993
VIA MICHELE COPPINO, 26 – 12100 CUNEO - Tel. 0171 6411(25 LINEE) Fax 0171 699545

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA MEMBRANA AMNIOTICA

Banca delle Membrane Amniotiche
Responsabile Dr. Guido Caramello; Referente Dr.ssa Patrizia Indemini
Tel. 0171-642242-2704, Fax 0171-642124
bancamembranamniotiche@ospedale.cuneo.it
La scheda va conservata a cura del Centro di Innesto

NUMERO IDENTIFICATIVO _____

DATI GENERALI DELLA DONATRICE

CUD: _____

Donatrice _____

Data di nascita _____

Sesso: **Femminile**

Sede del prelievo: **A.S.O. Santa Croce e Carle (Cuneo) - Ostetricia**

Data e ora del prelievo _____

La donatrice è stata selezionata secondo le indicazioni delle linee guida del Centro Nazionale Trapianti per i prelievi di tessuto(19/06/2007).

ANAMNESI PER PATOLOGIE TRASMISSIBILI

	Data effettuazione	Risultato
HBsAg:	_____	NEG
HBcAb:	_____	NEG
HCV:P-RNA:	_____	NEG
HIV-RNA:	_____	NEG
S-TPPA:	_____	NEG
TOXO S-IgM:	_____	NEG
TOXO S-IgG:	_____	NEG
HBV:P-DNA:	_____	NEG
CMV:P-DNA:	_____	NEG

VALUTAZIONE DELLA MEMBRANA AMNIOTICA

I test microbiologici effettuati sono negativi: la membrana amniotica è idonea.

Inizio conservazione a 4° C _____ ore _____

Scadenza _____ ore _____

Terreno di trasporto RPMI1640 Lotto _____

La struttura sanitaria destinataria del tessuto è responsabile del corretto mantenimento del tessuto inviato, dalla ricezione al momento del trapianto.

Il Centro di Trapianto non può stoccare il tessuto ricevuto dalla Banca se non temporaneamente in attesa del trapianto.

La struttura sanitaria destinataria del tessuto deve informare la Banca sulla destinazione dei tessuti (data/sede di trapianto, chirurgo responsabile del trapianto, identificazione e dati clinici del ricevente), per garantirne la rintracciabilità. A tal fine compila la **scheda di segnalazione di innesto della membrana amniotica** e la invia via fax alla Banca entro 48 ore.

Il Centro di Innesto è tenuto ad inviare ad un mese dall'innesto la **scheda di follow up**.

La struttura sanitaria destinataria del tessuto è responsabile del mantenimento della documentazione necessaria a garantire la rintracciabilità del tessuto inviato.

Eventuali reazioni avverse correlate al trapianto intervenute nel ricevente o eventi avversi gravi correlati al tessuto devono essere immediatamente comunicate alla Banca. A tal fine compila la **scheda di segnalazione di complicanze**.

DATA _____

FIRMA _____

Scheda di valutazione della membrana amniotica



MA 04-1-08

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE – CUNEO
ENTE DI RILIEVO NAZIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE D.P.C.M. 23-4-1993
VIA MICHELE COPPINO, 26 – 12100 CUNEO - TEL. 0171 6411 (25 LINEE) FAX 0171 699545

BANCA DELLE MEMBRANE AMNIOTICHE DELLA REGIONE PIEMONTE

SCHEDA di SEGNALAZIONE di INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA

DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA DI INNESTO ED INVIARE A:

▪ Banca delle Membrane Amniotiche
A.S.O. S. Croce e Carle CUNEO
Responsabile Dr. Guido Caramello; Referente Dr.ssa Patrizia Indemini
Via Michele Coppino 26, 12100 CUNEO
Tel. 0171/642242-2704, Fax 0171-642124 e-mail bancamembranamniotiche@ospedale.cuneo.it
▪ Centro di Riferimento Regionale per i Trapianti
Via Santena 19, Torino Tel 011-6336518 Fax 011-6336529

Scheda di segnalazione di innesto

DATI RELATIVI ALLA MEMBRANA AMNIOTICA

Numero identificativo _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome _____

Sesso M F Data di nascita _____

DATI CLINICI

Data dell'innesto _____

(per OCULISTICA)

Occhio innestato: OD OS 1° innesto reinnesto

(per CH. PLASTICA, DERMATOLOGIA, ecc.)

Impiegata per un altro paziente (in questo caso inviare compilata un'altra scheda di "Segnalazione di innesto" scheda MA04-1-08)

Se non viene effettuato l'innesto entro la data di scadenza, contattare la Banca delle Membrane Amniotiche (in questo caso inviare "scheda Complicanze" MA 06-1-08)

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO L'INNESTO

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Tel _____

Presso l'Ospedale/Casa di Cura _____

Data _____ Firma _____



MA 06-1-08

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - CUNEO
ENTE DI RILIEVO NAZIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE D.P.C.M. 23-4-1993
VIA MICHELE COPPINO, 26 - 12100 CUNEO - TEL. 0171 6411(25 LINEE) FAX 0171 699545

BANCA DELLE MEMBRANE AMNIOTICHE DELLA REGIONE PIEMONTE

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI COMPLICANZE

Da inviare alla Banca delle Membrane Amniotiche
A.S.O. S. Croce e Carle CUNEO
Responsabile Dr. Guido Caramello; Referente Dr.ssa Patrizia Indemini
Via Michele Coppino 26, 12100 CUNEO
Tel 0171/642242-2704, Fax 0171-642124
bancamembraneamniotiche@ospedale.cuneo.it

DATI RELATIVI ALLA MEMBRANA AMNIOTICA

Numero identificativo _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome _____

Sesso M F Data di nascita _____

DATI CLINICI

Occhio innestato: OD OS 1° innesto reinnesto

Altra sede di innesto

Data dell'innesto _____

COMPLICANZE PEROPERATORIE

Infettive _____

Tecniche _____

NON UTILIZZATA

(precisare) _____

Dopo aver consultato la Banca delle Membrane Amniotiche:

utilizzata a scopo di ricerca

rinviata alla Banca delle Membrane Amniotiche il _____

eliminata dalla Banca delle Membrane Amniotiche il _____ ore _____

GENERALITÀ DEL MEDICO

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Tel _____

Presso l'Ospedale/Casa di Cura _____

Data _____ Firma _____

Scheda di segnalazione di complicanze



MA 07-1-08

AZIENDA OSPEDALIERA S.CROCE E CARLE – CUNEO
ENTE DI RILIEVO NAZIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE D.P.C.M. 23-4-1993
VIA MICHELE COPPINO, 26 – 12100 CUNEO - Tel. 0171 6411(25 LINEE) Fax 0171 699545

BANCA DELLE MEMBRANE AMNIOTICHE DELLA REGIONE PIEMONTE

SCHEDA DI FOLLOW-UP A UN MESE

Da inviare entro 24 ore alla Banca delle Membrane Amniotiche
A.S.O S. Croce e Carle CUNEO
Responsabile Dr. Guido Caramello; Referente Dr.ssa Patrizia Indemini
Via Michele Coppino 26, 12100 CUNEO
Tel 0171/642242-2704, Fax 0171-642124
bancamembranamniotiche@ospedale.cuneo.it

DATI RELATIVI ALLA MEMBRANA AMNIOTICA

Numero identificativo _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome _____

Sesso M F Data di nascita _____

DATI CLINICI

Occhio innestato: OD OS 1° innesto reinnesto

Altra sede di innesto: _____

Data dell'innesto _____

1) La membrana amniotica è presente? SI NO

2) Il risultato desiderato è stato ottenuto? SI NO

Note _____

GENERALITÀ DEL MEDICO

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Tel _____

Presso l'Ospedale/Casa di Cura _____

Data _____ Firma _____

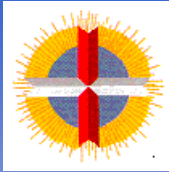
Scheda di follow up a un mese



Follow up a 1 mese

- La M.A. è presente?
 - SI 4%
- Il risultato desiderato (ripristino struttura, diminuzione dolore, miglioramento visus) è stato ottenuto?
 - SI 83%





Indicazioni



- **Finalità antalgica 10%**
 - Cheratopatia bollosa
 - Cheratopatia a bandelletta
 - Laser
- **Finalità riparative 51%**
 - Ulcere corneali
 - Difetti epiteliali persistenti
 - Piccole perforazioni
- **Finalità sostitutive 10%**
 - Simblefaron
 - Esiti di asportazione
- **Indicazioni particolari 29%**
 - Ustioni
 - Sindrome sicca
 - Deficit parziale del limbus
 - Pterigio, glaucoma





Grazie

