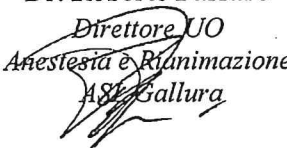




PROCEDURA
PER L'ACCERTAMENTO DELLA MORTE ENCEFALICA E
L'IDONEITÀ ALLA DONAZIONE D'ORGANI

REVISIONE	DATA	REDAZIONE	APPROVAZIONE	VALIDAZIONE
00	Febbraio 2022	<p>Dr.ssa R. Fabienne Fonnesu <i>Anestesista-Rianimatore</i> <i>Coordinatore Locale dei Prelievi</i> <i>UO Anestesia e Rianimazione</i></p> <p>Dr.ssa Enedina Bandinu CPSI Antonella Castelli Dott.ssa M. Domenica Sanna <i>Servizio Qualità e Risk Management</i></p> <p>Dr.ssa Piera Pallazzoni Dr. Salvatore Tola <i>Direzione Medica P. O.</i></p> <p>Inf. Dott.ssa Anania Brotzu <i>Coordinatrice Infermieristica</i> Inf. Adriana Zola <i>UO Anestesia e Rianimazione</i></p> <p>Inf. Dott. Giovanni Puligheddu <i>Coordinatore Infermieristico BO</i></p>	<p>Dr. Roberto Passaro <i>Direttore UO</i> <i>Anestesia e Rianimazione</i> <i>ASL Gallura</i></p>  <p>Dr.ssa Elvira A. Solinas <i>Direttore f.f.</i> <i>P.O. Givy. Paolo II</i> <i>ASL Gallura</i></p> 	<p>Dr. Raffaele De Fazio <i>Direttore Sanitario f.f.</i> <i>ASL Gallura</i></p> 

<i>Indice</i>	<i>Pagina</i>
PREMESSA	3
1. SCOPO/OBIETTIVO	3
2. APPLICABILITÀ	4
3. RIFERIMENTI NORMATIVI e BIBLIOGRAFICI	4
4. ACRONIMI	5
5. DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA	5
6. RESPONSABILITÀ	6
7. FASI DEL PROCESSO	6
7.1 Identificazione del paziente come potenziale soggetto in Morte Encefalica	6
7.2 Diagnosi di Morte Encefalica	7
7.3 Convocazione del Collegio Medico per Accertamento della Morte Encefalica	8
7.4 Avvio delle procedure di accertamento	8
7.5 Constatazione e certificazione di morte	9
7.6 Mantenimento del donatore	10
7.7 Idoneità del Potenziale Donatore Organi	12
7.8 Valutazione degli organi a scopo di trapianto	12
7.9 Trasferimento in Sala Operatoria	14
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO	16
9. INDICATORI	17
10. ALLEGATI	17
1. <i>Modulo comunicazione alla DMP di morte per lesioni encefaliche</i>	
2. <i>Modulo convocazione Collegio Medico per Accertamento Morte Encefalica</i>	
3. <i>Verbale di accertamento di morte in soggetto affetto da lesioni encefaliche sottoposto a misure rianimatorie</i>	
4. <i>Scheda di segnalazione potenziale donatore di organi e tessuti (CRTS)</i>	
5. <i>Modulo di assenso al prelievo di organi in lingua italiana, francese ed inglese (CRTS)</i>	
6. <i>Verbale di prelievo organi (CRTS)</i>	
<i>Verbale esplorazione cavità toracica ed addominale</i>	
<i>Verbale di prelievo fegato</i>	
<i>Verbale di prelievo pancreas</i>	
<i>Verbale di prelievo cuore</i>	
<i>Verbale di prelievo rene e Necro-kidney</i>	

Premessa

Il prelievo di organi a scopo di trapianto, rappresenta spesso l'unica terapia possibile per i pazienti con grave insufficienza d'organo non più responsivi alla terapia sostitutiva o farmacologica. La donazione d'organi offre alle migliaia di malati in lista d'attesa, una speranza e un trattamento, a volte, salva-vita. La donazione d'organo, frutto di una scelta libera e consapevole, deve essere incoraggiata e onorata.

Gli organi possono essere prelevati da donatori deceduti nei quali si effettui l'accertamento di morte con criteri neurologici (donatore a cuore battente) o con criteri cardiologici (donatore a cuore fermo).

La donazione e il prelievo d'organi sono delle attività sanitarie identificate come obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale in quanto rientrano tra i livelli essenziali di assistenza (LEA).

La legge 91/99 (Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti), definisce la rete nazionale su tre livelli: nazionale, regionale e locale.

A livello Nazionale si identificano il Centro Nazionale Trapianti (CNT) e la Consulta Tecnica Permanente. Il CNT ha sede presso l'Istituto Superiore di Sanità ed ha il compito di far attuare la Legge 91/99. La Consulta svolge funzioni consultive per il CNT.

A livello Regionale, in Sardegna, il Centro Trapianti organizza tutte le attività di reperimento, allocazione e trapianto di organi e tessuti; gestisce le liste di attesa dei pazienti, mantiene i rapporti con i Coordinatori locali delle Rianimazioni sarde e con il CNT, trasmette tutte le informazioni al Sistema Informativo dei Trapianti. La Centrale Operativa Regionale dei Trapianti (CORT) è situata a Cagliari presso l'Ospedale Binaghi.

A livello Locale, presso la SC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia, il Coordinatore per il procurement (reperimento), nominato con apposito atto dalla Direzione aziendale, in accordo con il Centro Regionale Trapianti e il Centro Nazionale Trapianti, è il responsabile delle attività inerenti la donazione di organi.

Presso l'Ospedale G. Paolo II le donazioni sono possibili solo da donatori a cuore battente.

Lo Stabilimento Ospedaliero è dotato di una Rianimazione polivalente e di una Terapia Intensiva Cardiologica.

Per garantire il processo donativo le Unità Operative ospedaliere che partecipano a vario titolo e in diverse fasi sono: Direzione di Presidio, Neurologia, Centro Trasfusionale, Laboratorio analisi, Anatomia Patologica, Radiologia, Cardiologia, Pronto Soccorso, Medicina e Chirurgia, Specialisti esecutori di biopsia epatica.

L'accertamento di morte encefalica con criteri neurologici, è un obbligo di legge, ed è pertanto un compito delle Rianimazioni/Terapie Intensive indipendentemente dalla volontà di donazione.

1. SCOPO/OBIETTIVO

Il presente documento ha lo scopo di fornire, secondo la normativa vigente, le indicazioni circa la corretta applicazione della modalità di accertamento e certificazione della morte.

Adottare protocolli operativi e codici comportamentali diretti a garantire un trasparente svolgimento delle procedure per l'attivazione del Collegio Medico per l'accertamento/certificazione di morte finalizzate al prelievo d'organi in Sala operatoria.

Fornire una modulistica aggiornata per una puntuale comunicazione tra i diversi livelli operativi coinvolti.

2. APPLICABILITÀ

La presente procedura aziendale si applica ai pazienti ricoverati in Rianimazione affetti da lesioni encefaliche devastanti, sottoposti a trattamento rianimatorio e per i quali è stata posta diagnosi di Morte Encefalica.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Legge 1-4-1999 n.91 disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti;
- Legge 29-12-1993 n.578: norme per l'accertamento e la certificazione di morte
- Decreto Ministero della Sanità 22-8-1994 n.582: regolamento indicante le modalità di accertamento e certificazione di morte
- Decreto Ministero della Sanità 8-4-2000: disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti.
- DM 11-04-2008: Aggiornamento del Decreto 22 agosto 1994 recante le modalità di accertamento e certificazione di morte
- Documento della Consulta tecnica permanente per i trapianti e del Centro Nazionale Trapianti dell'Istituto Superiore di Sanità (Luglio 2016).
- Decreto Ministero della Salute 15-11-2016 relativo alla qualità e sicurezza dei tessuti e delle cellule importati.
- Istituto Superiore di Sanità CNT: raccomandazioni sulla verifica della espressione di volontà alla donazione di organi e tessuti (deliberazione del CNT n.3 del 23 febbraio 2017)
- Decreto Legislativo n.256 16/12/2016 relativo alla codifica di tessuti e cellule umane.
- Decreto del Ministero della Salute 01/02/2018 relativo alla certificazione dell'idoneità degli organi prelevati al trapianto.
- Decreto Ministero della Salute 12/03/2019: composizione del Centro Nazionale Trapianti.
- Decreto Ministero Salute 30/05/2019: ricostituzione della Consulta tecnica permanente per i trapianti.
- Legge n.10/2020: norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post-mortem.
- Decreto Ministero Salute 28/02/2020: giornata per la donazione degli organi per l'anno 2020.
- Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 05/05/21: definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici e delle linee guida di accreditamento delle strutture afferenti al programma di trapianto di cellule staminali emopoietiche.

4. ACRONIMI

AG	Autorità giudiziaria
BAL	Lavaggio bronco alveolare
BAS	Broncoaspirato
BO	Blocco Operatorio
CAM	Collegio medico per l'accertamento di morte encefalica
CORT	Centrale Operativa Regionale Trapianti
CL	Coordinamento Locale Prelievi
CNT	Centro Nazionale Trapianti
CRTS	Centro Regionale Trapianti Sardegna
CPAP	Pressione Positiva Continua delle vie aeree
DM	Decreto Ministeriale
DMP	Direzione Medica di Presidio
ECG	Elettrocardiogramma
EEG	Elettroencefalogramma
EGA	Emogasanalisi
GCS	Glasgow Coma Score
LCA	Lesioni cerebrali acute
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LG	Linee Guida
ME	Morte encefalica
MR	Medico Rianimatore
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
PAM	Pressione Arteriosa Media
PEEP	Pressione Positiva di fine Espirazione
PEC	Posta Elettronica Certificata
PDO	Potenziale donatore organi
SC	Struttura Complessa
SIT	Sistema Informativo Trapianti
SO	Sala Operatoria
UO	Unità Operativa
VAM	Ventilazione Meccanica
VT	Volume Corrente

5. DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

La procedura è presente nelle seguenti strutture: UO Anestesia e Rianimazione, Blocco Operatorio, Direzione Medica di Presidio, Neurologia, Anatomia Patologica dello Stabilimento Ospedaliero Giovanni Paolo II di Olbia.

Copia è consultabile nell'intraNET aziendale nella sezione dedicata.

6. RESPONSABILITÀ

Matrice delle responsabilità

Attività \ Funzione	Dirigente Medico Rianimazione	Coordinatore Locale Prelievi	Direzione Medica Presidio	Collegio Medico Accertamento ME
Diagnosi di Morte Encefalica	R	C	I	I
Comunicazione diagnosi di ME e la presenza di un potenziale donatore al CL e alla DMP	R	C	C	--
Comunicazione con il CRTS ed invio della Scheda di segnalazione di potenziale donatore	C	R	I	I
Nomina del Collegio Medico	C	C	R	I
Avvio procedure di accertamento di morte encefalica con esecuzione di EEG	C	C	C	R
Comunicazione con i familiari del potenziale donatore	R	R	I	--
Valutazione collegiale dello stato di morte encefalica	C	C	C	R
Constatazione di decesso e compilazione modulistica relativa al decesso	C	C	C	R
Attivazione delle sale operatorie per il prelievo d'organi	C	R	--	--
Registrazione in cartella clinica della fase di accertamento	C	R	I	—
Invio Documentazione al CRT	C	R	--	—
Archiviazione dei dati	C	R	I	—
Adempimenti di polizia mortuaria	R	R	R	—

R = responsabile; C = coinvolto; I = informato

7. FASI DEL PROCESSO

7.1 Identificazione del paziente come potenziale soggetto in Morte Encefalica

Il donatore in ME o donatore a cuore battente è un paziente al quale viene diagnosticata la morte dopo cessazione irreversibile delle funzioni del tronco e degli emisferi cerebrali.

Si tratta di pazienti che presentano una lesione cerebrale irreversibile (trauma cranico-encefalico grave, emorragia cerebrale, encefalopatia post anossica, tumori cerebrali, accidenti cerebrovascolari) e con un GCS < 8. La perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo è conseguenza di un danno diretto (primario) o indiretto (secondario a fattori causanti emorragia/ischemia/anossia cerebrale) che deve essere conosciuto, diagnosticato e di entità coerente con il quadro clinico.

Pertanto i pazienti che giungono in PS o ricoverati in altre UU.OO., che presentano una patologia cerebrale grave devono essere immediatamente segnalati al Rianimatore che provvede alla presa in carico.

7.2 Diagnosi di Morte Encefalica

La diagnosi di ME è possibile solo nella U.O. di Rianimazione dove i pazienti sono sottoposti a ventilazione meccanica.

Prerequisiti indispensabili per poter fare diagnosi di ME

1. Evidenza dei segni clinici della morte
2. Certezza chiaramente documentabile dell'eziologia della morte
3. Esclusione di fattori concomitanti che possano interferire con la diagnosi stessa

Il Rianimatore deve verificare lo stato di coma, l'assenza dei riflessi del tronco encefalico, l'assenza di attività respiratoria spontanea, in assenza di fattori concomitanti.

Requisiti per la diagnosi di Morte Encefalica

A	Assenza dello stato di vigilanza e coscienza (GCS 3)
B	La causa del coma è nota e documentata
C	In caso di coma post anossico attendere 24h. Se si esegue la prova del flusso , attestante l'assenza di flusso ematico encefalico, si può fare diagnosi di ME prima che siano trascorse 24 h dall'insulto anossico.
D	Il paziente è libero da farmaci sedativi/antiepilettici in concentrazione tale da determinare un coma profondo
E	E' libero da farmaci bloccanti neuromuscolari in grado da provocare una completa paralisi motoria
F	La pressione arteriosa media del paziente è superiore a 70mmHg
G	La temperatura centrale del paziente è superiore a 35°C
H	E' privo di attività riflessa a seguito di stimolazioni provocate nei punti di emergenza delle branche trigeminali ed è privo di risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque esso applicato
I	E' privo dei riflessi corneale, fotomotore, oculo vestibolare, faringeo, carenale
L	E' privo di attività respiratoria anche con uno stato di ipercapnia provocata: ph < 7.40 e pCO2 > 60mmHg in assenza di ventilazione artificiale

Accertamenti strumentali

Il Rianimatore richiede l'esecuzione da parte del Tecnico di Neurofisiopatologia di un tracciato EEG di conferma della diagnosi, secondo le modalità previste dall'*allegato 1, DM 11 aprile 2008* (della durata di 30 minuti per due volte, ad inizio e fine del periodo di osservazione, registrato su carta o in modalità digitale).

L'esecuzione di un Test di flusso ematico cerebrale secondo le LG-CNT del 20 febbraio 2009, è indicato nei seguenti casi:

- Età inferiore ad 1 anno
- Impossibilità di diagnosi eziopatogenetica certa
- Impossibilità ad eseguire i riflessi del tronco encefalico
- Impossibilità di eseguire il test di apnea;
- Impossibilità di eseguire l'EEG

- Presenza di fattori concomitanti (ipotermia, farmaci sedativi, alterazioni endocrino-metaboliche, alterazioni dell'omeostasi cardio-circolatoria e respiratoria)

Il test può essere eseguito mediante l'esecuzione di una tra le indagini indicate dalle LG (*AngioTC, Scintigrafia cerebrale, Doppler transcranico*)

Effettuata la diagnosi, l'**accertamento di ME** è un obbligo di legge indipendentemente dalla donazione degli organi.

Il Rianimatore che pone diagnosi di ME deve informare immediatamente:

- il Coordinatore Locale dei Prelievi
- la Direzione Medica che convoca il Collegio Medico per l'Accertamento di Morte Encefalica (CAM) come previsto dalla normativa vigente

7.3 Convocazione del Collegio Medico per l'accertamento della ME

La Direzione Medica del Presidio, ricevuta la comunicazione da parte del Rianimatore/Coordinatore di un caso di ME, convoca il CAM composto da:

- Medico Rianimatore
- Medico Neurologo, Neurofisiopatologo o Neurochirurgo esperto in lettura di EEG, supportato da un Tecnico di NFP
- Medico Legale o in mancanza, un Anatomopatologo o Medico della DMP.

IL RIANIMATORE COMPONENTE DEL CAM NON PUÒ ESERCITARE LA FUNZIONE DI MEDICO ANESTESISTA IN SEDE DI PRELIEVO D'ORGANI.

Comunicazione alla Procura della Repubblica

In caso di salme a disposizione dell'AG in morte encefalica, la DMP/Rianimatore prima di eseguire il prelievo di organi e tessuti, richiede via PEC, alla Procura della Repubblica il nullaosta al prelievo d'organi ed alla successiva sepoltura.

Inoltre **il CL contatta il Centro Regionale Trapianti** (tel. 3204325502) per segnalare la presenza di un PD. Inizia a compilare la "Scheda di segnalazione di potenziale donatore" (*CORT Sardegna, MO-CRT-D/005*) ed invia al CRT ,via e-mail a cort.crt@atssardegna.it oppure, crt.sardegna@atssardegna.it., referti degli esami effettuati e validati dal Medico di Laboratorio.

7.4 Avvio delle procedure di accertamento di ME

Periodo di osservazione

Il CAM, esegue una valutazione clinico-strumentale del paziente e verifica la sussistenza delle condizioni segnalate dal Rianimatore.

La durata del periodo di osservazione non deve essere inferiore alle 6 ore.

Nei pazienti con arresto cardio-circolatorio l'accertamento di ME non può iniziare prima che siano trascorse almeno 24 ore dall'arresto cardiaco documentato.

I neonati devono essere nati a termine (oltre la 38° settimana ed aver compiuto almeno 7 giorni di vita extrauterina).

Valutazione Medica collegiale

La prima valutazione è effettuata all'inizio del periodo di osservazione che coincide con l'ora del decesso

La seconda valutazione è effettuata al termine del periodo di osservazione.

Il Collegio Medico verifica la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- Assenza dello stato di coscienza e vigilanza;
- Assenza dei riflessi del tronco encefalico (fotomotore bilateralmente, corneale bilateralmente, oculo-vestibolare bilateralmente, faringeo, carenale). Reazione assente a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino; risposta motoria assente nel territorio del facciale a stimoli dolorosi ovunque applicati;
- Test di apnea (assenza di attività respiratoria spontanea in condizioni di documentata ipercapnia: $pCO_2 > 60\text{mmHg}$ e $ph < 7.40$);
- Silenzio elettrico cerebrale

Nei casi dubbi, si può ricorrere a una "second opinion" da parte di altro neurologo interno o, in caso di indisponibilità, il professionista verrà individuato dal CRT.

7.5 Costatazione e certificazione di morte

Al **termine del periodo di osservazione** viene dichiarata accertata la morte del paziente.

Il Collegio Medico certifica il decesso. L'**ora del decesso** corrisponde a quella dell'inizio del periodo di osservazione.

Il Verbale di accertamento di morte encefalica (*All. 3*) viene redatto immediatamente e firmato da tutti i componenti del Collegio Medico.

La modulistica relativa al decesso (scheda di morte ISTAT, dichiarazione e certificato di morte per l'Ufficiale di Stato Civile), viene firmata dal Medico Rianimatore e trasmessa alla DMP per gli adempimenti di polizia mortuaria.

Il Rianimatore aggiorna la cartella clinica, verifica la completezza dei dati e della documentazione relativa alla fase di accertamento.

Se la salma è a disposizione dell'AG, la cartella clinica dovrà essere completa, validata ed archiviata per eventuale richiesta da parte della Magistratura.

A morte encefalica accertata è obbligatorio accertare la volontà donativa:

- a) Se il paziente è **donatore d'organi** (dichiarazione in vita di volontà donativa registrata al SIT o in mancanza di dichiarazione di volontà, si è acquisita la non opposizione dei familiari aventi diritto (vedi *All. 5*), il Rianimatore proseguirà i trattamenti al fine di mantenere la funzionalità degli organi fino al prelievo.
- b) Se il paziente **non è un donatore d'organi** (dichiarazione di volontà in senso negativo registrata al SIT o, in caso di mancata dichiarazione di volontà e si è acquisita l'opposizione dei familiari), ogni trattamento sarà sospeso e la salma verrà trasferita presso la camera mortuaria.

Manifestazione della volontà donativa

Le modalità di espressione della volontà alla donazione degli organi sono regolate dalla Legge 01/04/ 1999 n. 91 e dal DM 8 Aprile 2000. La legge 91/99 ha affidato in modo chiaro la responsabilità della decisione di donare i propri organi e tessuti ai cittadini attraverso varie modalità.

Il CNT in data 23/02/2017 ha deliberato delle linee guida con l'intento di fornire indicazioni in merito alla verifica della volontà del PDO in ordine alla donazione di organi e tessuti, sulla base della normativa vigente.

Principi che regolano la verifica della volontà del potenziale donatore:

- Nel processo della donazione è necessario tutelare la volontà espressa in vita dal defunto o riportata dai suoi familiari e nel contempo garantire adeguata risposta terapeutica ai pazienti in lista d'attesa per trapianto.
- Il Rianimatore o il Coordinatore locale dopo aver comunicato ai familiari il decesso e l'accertamento di morte, deve verificare se è presente una volontà donativa del defunto. La mancata donazione, laddove sarebbe stato lecito portarla avanti, può configurare una grave omissione.

Consenso/dissenso alla donazione

- La proposta di donazione ai familiari va effettuata successivamente alla comunicazione della morte in uno spazio adeguato dove poter rispondere alle varie domande e dove fornire i chiarimenti necessari.
- il **consenso/dissenso alla donazione** d'organi va acquisito entro la fine dell'accertamento della morte encefalica
- Il Rianimatore/CL verifica, mediante il CRT, l'eventuale esistenza di espressione di volontà presso il **SIT** (Sistema Informativo Trapianti).
- In caso di assenza di espressione di volontà presso il SIT, si deve acquisire la posizione espressa in vita del defunto circa la donazione dei propri organi e tessuti a scopo di trapianto, dai familiari aventi diritto (**coniuge non separato o convivente more uxorio, figli maggiorenni, genitori, rappresentante legale; in caso di minore o genitori separati, assenso di entrambi**). Essi sono comunque tenuti a firmare la modulistica prevista dalla normativa vigente
- Qualora il familiare avente diritto si trovasse nell'impossibilità di presenziare (residenza estera o altro), il Medico di DMP, il Rianimatore o il CL avvierà contatti telefonici ed invierà, tramite e-mail o altra modalità, la "modulistica informativa per i familiari" per la firma di presa conoscenza e l'eventuale opposizione alla donazione di organi e il consenso/opposizione alla donazione di tessuti corneali.
- L'avente diritto dovrà allegare una fotocopia del documento d'identità.
- Se invece non ci sono familiari aventi diritto e il paziente in morte encefalica non aveva espresso il suo dissenso in vita, sarà consentito procedere al prelievo d'organi.

7.6 Mantenimento del donatore

Il mantenimento del potenziale donatore è quell'insieme di attività clinico-strumentali effettuate durante tutta la fase di accertamento della ME, indipendentemente dall'effettiva evoluzione verso il prelievo d'organi, e ha come obiettivo il completamento del periodo di osservazione.

Nel paziente donatore ha anche l'obiettivo di correggere e prevenire le alterazioni funzionali che seguono alla morte dell'encefalo.

Obiettivi da perseguire per il mantenimento del potenziale donatore d'organi

Parametri	Valori target
Frequenza Cardiaca	60-100 b/min
Pressione Arteriosa	PAS > 100 mmHg PAM > 70 mmHg
Pressione venosa Centrale	6-10 mmHg
Diuresi	0.5-3 ml/Kg/h
Elettroliti	Na 135-150mEq/L. K e Ca nella norma
Glicemia	70-150 mg/dL
E.G.A. arteriosa	Ph 7.35-7.45 PaO ₂ > 80mmHg PaCO ₂ > 32-42mmHg
Emodinamica invasiva (Swan Ganz)	PCWP 6-10mmHg CI > 2,4l/min SVR 800-1200dy,sec.cm
Hb	10g/L
Temperatura corporea	> 35°C

Mantenere un'adeguata stabilità emodinamica garantisce una sufficiente perfusione degli organi.

Se PAM < 65mmHg infusione di:

- Dobutamina < 10mcg/kg/min
- Noradrenalina 0,05-0,2mcg/kg/min
- Vasopressina 1U bolo. Mantenimento: 0,5-4U/h o
- Terlipressina 1mg bolo. Mantenimento: 1,3 mcg/kg/h
- Reintegro volemico. Opportuno mantenere un bilancio volemico, preferibilmente con cristalloidi, moderatamente positivo reintegrando le perdite ove presenti per correggere la vasoplegia

Ventilazione protettiva: per prevenire l'under/over inflation che pregiudicherebbe l'eventuale utilizzo a scopo di trapianto dei polmoni è suggerita una strategia protettiva della VAM:

- no volotrauma (basso VT: 5-8ml/kg); no barotrauma (bassa P Plateau: < 30cmH₂O);
- FiO₂ < 0.4-0.5; normocapnia; reclutamento alveolare mediante PEEP 8-10 cmH₂O;
- toelette bronchiale; gas inspiratori umidificati e riscaldati; test di Apnea in CPAP.

Correggere la poliuria conseguente alla distruzione della neuroipofisi e a mancata produzione di ormone antidiuretico:

- Desmopressina 0,1-0,2mcg in bolo; mantenimento: 0,1-0,2mcg/h.
- Cortisonici con azione anticitochinica contro le molecole proinfiammatorie, notevolmente aumentate nello stato di morte:
- Metilprednisolone 15mg/kg (ripetibile nelle 24h) oppure Idrocortisone 50mg ogni 6h, Desametasone etc.

7.7 Idoneità del Potenziale Donatore Organi

Per valutare se il paziente in condizione di Morte Encefalica può essere considerato potenziale donatore di organi e tessuti, occorre effettuare una valutazione legale e una clinica, secondo le indicazioni del Protocollo specifico approvato dal CNT il 23/2/2017

Valutazione legale: si valuta il consenso del paziente o la non opposizione dei familiari aventi diritto, all'eventuale processo di donazione a scopo di trapianto.

Valutazione clinica: attraverso accurata anamnesi, esame obiettivo, indagini sierologiche e strumentali, si valuta l'idoneità clinica al trapianto dei singoli organi prelevati e la loro funzionalità, escludendo eventuali patologie trasmissibili dal donatore al ricevente (in particolare neoplastiche e infettive).

Pertanto sulla base dei dati raccolti, il PDO potrà essere classificato come:

1. Donatore **idoneo a rischio standard**
2. Donatore **idoneo a rischio non standard**
 - a) *Donatore con profilo di rischio trascurabile*
 - b) *Donatore con profilo di rischio accettabile*
3. Donatore **non idoneo**

Le patologie neoplastiche che costituiscono un criterio assoluto di esclusione dalla donazione sono:

- Neoplasie maligne metastatizzate
- Carcinoma in atto (eccetto prostata, vescica, rene e tiroide)
- Microcitoma polmonare
- Melanoma con follow-up inferiore a 5 anni
- Leucemia, linfomi e mielomi in atto.

Il documento raccomanda altresì la consultazione della Commissione di **Second Opinion Nazionale** composta da esperti indicati dal CNT (infettivologo, medico legale, anatomo-patologo, ematologo), con l'obiettivo di supportare i professionisti della rete trapiantologica nelle valutazioni di idoneità degli organi e di rischio di trasmissione di patologie da donatore a ricevente e aumentare la sicurezza e la qualità dei trapianti.

7.8 Valutazione degli organi a scopo di trapianto

L'obiettivo di questa fase è garantire la sicurezza e la funzionalità degli organi trapiantati a favore del ricevente. Il processo che porta alla valutazione dell'idoneità è un processo multifasico e multidisciplinare. Il MR/CL e il CRT effettuano una valutazione della funzionalità residua dei singoli organi che si deve basare in tutti i casi, su:

- **Anamnesi.** È necessario acquisire informazioni su abitudini sessuali a rischio, uso di droghe, occupazione, viaggi in aree endemiche per specifiche patologie, morsi di animali, malattie preesistenti (autoimmuni, infettive, neoplastiche), detenzione carceraria.
- **Esame obiettivo.** Ricerca di cicatrici chirurgiche, nevi, lesioni cutanee o mucose, ittero, linfadenomegalia, segni di comportamenti sessuali a rischio (tatuaggi, piercing, segni di venipunture). Eseguire la palpazione della tiroide, delle mammelle, dei testicoli, dei linfonodi superficiali e l'esplorazione rettale se il donatore ha > 50anni.
- **Esami di Laboratorio e strumentali**

All'ingresso in Rianimazione è necessario eseguire i seguenti esami:

Esami ematochimici:

- Gruppo sanguigno
- Emocromo con formula
- Creatinina ed azotemia
- Elettroliti: Na, K, Ca, Cl
- Protidemia totale e albumina
- CPK-CPK-MB
- Troponina
- Glicemia
- LDH, GOT, GPT, Pseudocolinesterasi
- Colesterolo e TG
- Bilirubina totale e diretta
- Fosfatasi alcalina; Gamma GT
- Amilasi e lipasi
- INR, PT%, PTT, Fibrinogeno, AT III
- Esame urine completo
- Se donatore > 50 anni: PSA (totale/libero rapporto)
- Beta HCG (in tutte le emorragie cerebrali in entrambi i sessi)

Markers virali:

- HIV, HCV, HBV: HBsAg, HBcAb (se positivi chiedere anche HBV-DNA al C. Trasfusionale)
- TPHA/VDRL
- CMV IgG e IgM, HSV1-2 IgG, EBV VCA-IgG, EBNA, VZV IgG, Toxo IgG.

I markers virali andrebbero dosati sul siero dell'ingresso per evitare gli effetti dell'emodiluizione.

Esami colturali:

- Emocolture
- Broncoaspirato
- Tampone rettale per KPC
- Tampone nasale
- Urinocoltura
- BAS / BAL per SARS-CoV-2

Fare richieste distinte da esami ematochimici.

Eseguire **BAS profondo o BAL per SARS-CoV-2**, valido se effettuato entro **48h** prima del prelievo d'organi. Se eseguito dal Lunedì al Venerdì entro le ore 19, inviarlo in urgenza presso il Laboratorio di Olbia. Dopo le ore 20 e nel week end, inviarlo in Microbiologia a SS (nella scheda di primo contatto motivare l'urgenza per “**potenziale donatore d'organi**”).

Il tampone oro o rinofaringeo non è accettato dal CRT.

Se il potenziale donatore ha una diagnosi di encefalite in assenza di diagnosi eziologica, inviare presso l'Istituto Zooprofilattico di SS, un campione di **sangue e liquor** per eseguire il **Test NAT** per escludere la presenza del **West Nile Virus**.

Esami strumentali:

- ECG
- Rx torace
- Eco addome completo (inclusa descrizione di eventuale steatosi epatica e descrizione della corticale renale)
- EEG (i Tecnici sono in servizio dal Lunedì al Venerdì dalle 8 alle 14; pronta disponibilità il Sabato e la Domenica)

Indagini aggiuntive potenziale donatore:

- Broncoscopia
- Coronarografia
- **Biopsia epatica** (Dott. Zamboni, Cagliari, generalmente la richiede).

Contattare per tempo, ai numeri indicati in apposito elenco presente in Rianimazione e DMP, la Gastroenterologa, Dott.ssa Ogana Graziella o il Radiologo Dott. Peru Alessandro per verificare la loro disponibilità ad effettuare la procedura, anche al di fuori dell'orario di lavoro.

Contattare in anticipo l'**Anatomia Patologia** (Dott. Cossu-Rocca) per concordare come conservare il campione epatico per l'esame istologico (a fresco o in formalina). Verificare la disponibilità ad effettuare l'esame in relazione ai turni di servizio (dal Lunedì al Venerdì fino alle 15).

Se il CRT richiedesse l'esecuzione di **biopsie renali** a cuneo, (score di Karpinsky), i campioni si dovranno inviare a SS presso l'Istituto di Anatomopatologia, anche durante la notte.

Sarà cura del rianimatore compilare in tutte le sue parti il documento denominato "Scheda di segnalazione potenziale donatore"

Avvisare il Coordinatore Infermieristico della Rianimazione e verificare se un infermiere è disponibile a seguire il potenziale donatore.

Avvisare il Blocco Operatorio (Anestesista, Infermiere Anestesia, Infermieri di sala e Coordinatore Blocco Operatorio) del possibile prelievo d'organi.

Inviare il modulo di intervento chirurgico urgente

Inviare presso l'Ospedale Binaghi le **provette** per le **indagini di Immunologia** dei Trapianti:

- 6 provette da 9 ml in LH (Litio-Eparina);
- 3 provette da 3ml in EDTA
- 1 provetta da 10 ml da siero.

I professionisti coinvolti oltre l'orario di servizio, nelle fasi di accertamento e mantenimento del potenziale donatore, svolgono tale attività in regime di prestazione aggiuntiva.

7.9 Trasferimento in Sala Operatoria

Il trasferimento del Donatore in SO deve essere effettuato in maniera rapida e sicura concordando la tempistica con il personale del BO e in concomitanza con l'arrivo delle equipe prelevatrici.

Il donatore trasferito in SO viene preparato per il prelievo multiorgano.

L'attività di prelievo d'organi viene svolta nella Sala operatoria n. 2 in via ordinaria o in altra Sala se la stessa non è utilizzabile.

Tutte le attività sono meglio dettagliate in apposita procedura del Blocco Operatorio già in uso, "**Procedura Gestione Prelievo di Organi**" (cod. BO.12.2021).

Le modalità di accesso delle Equipe per i prelievi al BO, fa riferimento alle indicazioni contenute nel documento emesso dal CNT in data 12.06.20, finalizzate al contenimento della SARS-COV2.

L'Anestesista predispone i moduli denominati **Verbali prelievo d'organo** (*MO-CRT-D/007, All. 6*); ne esiste uno per ogni organo prelevato e uno per l'esplorazione della cavità toraco-addominale.

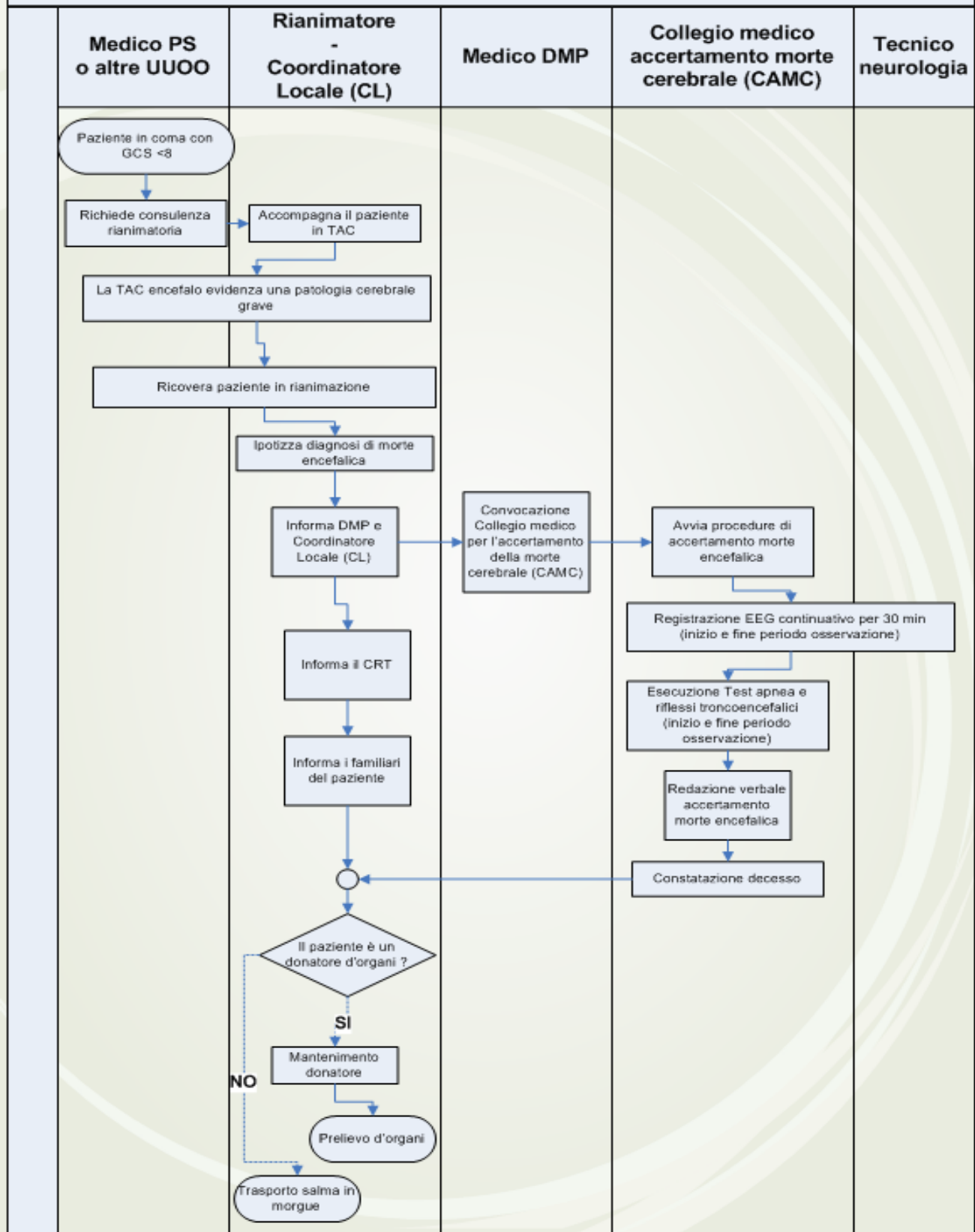
L'**équipe prelevatrice**, ha il compito di dare un giudizio definitivo di idoneità dopo ispezione dei parenchimi, avvisando tempestivamente il Centro Regionale qualora fossero reperiti elementi di sospetto di patologia. A fine procedura i Chirurghi dovranno ricomporre dignitosamente la salma e compilare opportunamente il registro operatorio e i Verbali di prelievo di organi (compresi quelli non prelevati).

Una volta terminato il prelievo d'organi, il Rianimatore invia al CRT, con e-mail, la copia dei Verbali.

La salma ricomposta sarà trasportata in Camera mortuaria.

8. DIAGRAMMA DI FLUSSO

Diag. 1 - Procedura gestione e accertamento morte encefalica e donazione d'organi



9. INDICATORI

Indicatore di processo	SCORE
N° segnalazioni di ME / N° decessi con LCA nel Presidio	30%
N° accertamenti / N° pazienti in ME nella Terapia Intensiva	100%
N° accertamenti conclusi / N° convocazioni collegio <i>(inclusi gli ACC durante accertamento)</i>	80%
N° opposizioni familiari / N° proposte di donazione	25%

10. ALLEGATI

1. *Modulo comunicazione alla DMP di morte per lesioni encefaliche*
2. *Modulo convocazione Collegio Medico per Accertamento Morte Cerebrale*
3. *Verbale di accertamento di morte in soggetto affetto da lesioni encefaliche*
4. *Scheda di segnalazione potenziale donatore di organi e tessuti (CRTS)*
5. *Modulo di assenso al prelievo di organi in lingua italiana, francese e inglese (CRTS)*
6. *Verbale di prelievo organi (CRTS)*
 - Verbale esplorazione cavità toracica ed addominale*
 - Verbale di prelievo fegato*
 - Verbale di prelievo pancreas*
 - Verbale di prelievo cuore*
 - Verbale di prelievo rene e Necro-kidney*

COMUNICAZIONE DI MORTE PER LESIONI ENCEFALICHE

Alla Direzione Medica di Presidio

Si comunica che il/la Signor/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____

Affetto/a da lesioni encefaliche e sottoposto a trattamento rianimatorio presso questa U.O.,
presenta le condizioni previste dai *D.M.S. 11/04/2008, aggiornamento del Decreto 22/08/1994, n.
582, relativo al "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte"*.

Si richiede pertanto la convocazione del Collegio Medico per l'accertamento della Morte Encefalica.

Il Dirigente Medico della SC Anestesia Rianimazione

Firma _____ Matricola _____

Luogo _____ Data _____

CONVOCAZIONE DEL COLLEGIO MEDICO PER L'ACCERTAMENTO DI MORTE ENCEFALICA

Ai Sigg. componenti del CAM

Dott. _____

Dott. _____

Dott. _____

Loro sedi

Il Dott. _____ della S.C. Anestesia e Rianimazione

ha comunicato che il/la paziente _____

nato/a a _____ il ___/___/_____

residente a _____ Prov _____

ricoverato/a dal ___/___/_____ presso la U.O. _____

presenta i segni di Morte Encefalica

Trovandosi il/la paziente nelle condizioni previste per l'accertamento della morte, si dispone la convocazione del CAM ai sensi della *Legge n° 578 del 29/12/1993, Legge n. 91/99 e Legge n. 582/94 con successivo aggiornamento D.M.S. 11/4/2008*, per l'accertamento e certificazione della morte encefalica.

Le SS.LL., ciascuno per le rispettive competenze, sono convocate urgentemente in data _____ alle ore _____ c/o la U.O. _____

Il Dirigente Medico di DMP

Dott. _____

Firma _____

Luogo _____ Data _____

**VERBALE DI ACCERTAMENTO DI MORTE IN SOGGETTO AFFETTO DA LESIONI ENCEFALICHE
SOTTOPOSTO A MISURE RIANIMATORIE**

(Legge 29/12/1993 n. 578 e D.M.S. 11/04/2008)

Oggi ___/___/___ alle ore ___ si riunisce presso la U.O. di Rianimazione, il Collegio Medico per l'accertamento di morte encefalica composto da:

Dott. _____ Medico di Direzione di Presidio - Componente

Dott. _____ Anestesista Rianimatore - Componente

Dott. _____ Neurologo - Componente

coadiuvati dal Sig. _____ Tecnico di Neurofisiopatologia

per accertare la morte cerebrale del Sig./ra _____
nato/a il ___/___/___ a _____
e residente a _____ in Via _____ n° ____,
ricoverato presso l'U.O. Anestesia e Rianimazione dal ___/___/___

Viene verificata la sussistenza delle condizioni cliniche compatibili con la morte encefalica, l'assenza di somministrazione di farmaci depressori del SNC, la normale pressione sistemica, l'assenza d'ipotermia e di alterazioni endocrino-metaboliche.

Alle ore _____ si inizia la registrazione EEGgrafica secondo il protocollo dell'*Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute 11/4/2008 "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte"*, sino alle ore _____ e si rileva silenzio elettrico cerebrale. Viene constatata:

- a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza
- b) assenza dei riflessi del tronco encefalico:
 - riflesso foto- motore
 - riflesso corneale
 - reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino
 - risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato
 - riflesso oculo-vestibolare e oculo-cefalico
 - riflesso faringeo
 - riflesso carenale
- c) assenza di respiro spontaneo dopo sospensione di ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da $pCO_2 = 60\text{mmHg}$ e $pH < 7.40$.
- d) assenza di attività elettrica cerebrale, documentata da EEG eseguito secondo le modalità tecniche riportate nell'*Allegato 1 del D.M.S. 11/04/2008*.
- e) Assenza di flusso ematico encefalico preventivamente documentata nelle situazioni particolari previste dall'articolo 2, comma 2.

Alle ore _____ si effettua la seconda registrazione sin alle ore _____ e si rileva silenzio cerebrale.

Viene verificato nuovamente lo stato di incoscienza, l'assenza di riflessi del tronco e di respiro spontaneo.

SI DICHIARA PERTANTO LA MORTE ENCEFALICA di _____

sopra generalizzato/a, avvenuta alle ore _____ del ___/___/___

Al presente verbale si allegano:

- tracciati EEGgrafici con relativo referto
- emogasanalisi eseguita durante test di apnea

Il Medico di Direzione di Presidio Dott. _____

L'Anestesista Rianimatore Dott. _____

Il Neurologo Dott. _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

Data segnalazione:	Ora:	Coordinatore in turno CRT:	CODICE SIT:
Ospedale/Reparto:		Città	
Medico referente dell'ospedale :Dott.		Coordinatore locale del prelievo: Dott.	
MONITORAGGIO RISCHIO INFETTIVO IN RIANIMAZIONE:		presenza in rianimazione di germi multiresistenti entro 15 gg precedenti la donazione SI _____ NO	

DATI ANAGRAFICI ED ANTROPOMETRICI

Cognome Nome		Nazione Regione, Comune e data di nascita : / /		
CF:		Regione e Comune di residenza: Indirizzo:		
Età:	Sesso: M / F	Emogruppo	Rh:	Peso (Kg): Altezza (cm):
Circ. toracica transmamm.(cm):		Circ. toracica marg. cost. inf. (cm):		Circ. addominale ombelicale (cm):
Dist. giugulo xifoidea (cm):		Dist. acromion costale (cm):		Dist. acromion giugulo (cm):

DECORSO CLINICO RECENTE

Causa di morte:		Primo evento:		Data
Sede primo ricovero: PO/AO		Data		Ora
Ricovero nell'attuale rianimazione		Data	Ora	Intubazione tracheale
		Data	Ora	
Patologie traumatiche associate: SI NO		Quali		
Interventi chirurgici in acuto: SI NO		Quali		
Episodi febbrili : SI NO specificare:				
Note cliniche:				

Inizio osservazione della morte cerebrale		Orario di fine osservazione		Orario procrastinato	
Data	Ora	Data	Ora	Data	Ora
Orario previsto per i prelievi		Data	Ora	Richiesta autopsia SI NO	
Arresto cardiaco irreversibile SI NO		Data	Ora	decesso per arresto cardiocircolatorio	

AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO

Opposizione donazione organi <input type="checkbox"/> Da verificare NO SI	
Modalità espressione volontà : <input type="checkbox"/> Dichiarazione familiare <input type="checkbox"/> Tessera AIDO <input type="checkbox"/> Sistema Informatico (SIT)	
Autorizzazione della Procura <input type="checkbox"/> Da verificare SI NO	Consenso donazione cornee SI / NO <input type="checkbox"/> Non richiesto (motivo: _____)

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ Data _____ Ora _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

DATI ANAMNESTICI 1: ANAMNESI PATOLOGICA

Data compilazione: _____ Modalità raccolta:
 Notizie Disponibili: SI NO
 Referente: Dott. _____ Firma _____

<input type="checkbox"/> INTERFACCIAMENTO CON TESSERA SANITARIA
<input type="checkbox"/> COLLOQUIO CON MEDICO CURANTE
<input type="checkbox"/> COLLOQUIO CON FAMILIARI
<input type="checkbox"/> ESAME CARTELLA CLINICA
<input type="checkbox"/> ALTRO:

Patologia	note	Patologia	note
Malattie ematologiche SI NO		Nefro- Uro patie SI NO	
Cardiopatie SI NO		Osteoporosi SI NO	
Pneumopatie SI NO		Artrite Reumatoide SI NO	
Epatopatie SI NO		Vasculopatie arteriose SI NO	
Ipertensione SI NO	Durata _____ Terapia SI NO	Vasculopatie venose SI NO	
Diabete SI NO	Durata _____	Patologie psichiatriche SI NO	
Insulinodipend. SI NO	Ter. Orale SI NO		
Dislipidemie SI NO		Patologie congenite SI NO	
Sindrome di Down SI NO		Sindrome di Marfan SI NO	
Sindrome di Noonan: SI NO		Patologie autoimmuni SI NO	Tipo/durata
Uso cronico di farmaci SI NO	Quali?	Pregressi interventi chirurgici SI NO	Quali e quando?

ALTRE NOTIZIE ANAMNESTICHE

Anoressia e/o Bulimia SI NO	Irregolarità mestruali SI NO
Gravidanza in atto SI NO	Interruzione gravidanza recente SI NO Note:
Tabagismo SI NO durata: sigarette die:	Alcool: quantità die: _____ Ettilismo cronico SI NO durata Note:

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

DATI ANAMNESTICI 2: RISCHIO INFETTIVO GENERALE

MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE <i>SI NO</i>	<i>Se si specific. Quali e quando:</i>	<i>eventuale trattamento:</i>	<i>è presente documentazione comprovante il trattamento effettuato?</i> <i>SI (allegare) NO</i>
MALATTIE INFETTIVE IN ATTO ? SI NO (se viene barrato il NO trascurare le domande seguenti)			
	Rischio di trasmissione di patologia infettiva legato a viaggi	No Si	
	Evidenza clinica o di laboratorio di infezioni da HIV, HBV o HCV	No Si	
	Ittero di eziologia sconosciuta	No Si	
	Infezioni sistemiche (virali, batteriche, fungine e parassitarie) Terapia in atto?	No Si	Quali?
	Encefalite	No Si	Terapia in atto?
	Meningite	No Si	Terapia in atto?
	Tubercolosi	No Si	Terapia in atto?
	Malattie veneree	No Si	Terapia in atto?
	Sindrome di Reye	No Si	Terapia in atto?
	Esantemi recenti o in atto	No Si	Terapia in atto?
	Esantemi recenti nei familiari	No Si	
	Epidemie di malattie infettive nell'asilo-scuola frequentata	No Si	
	Vaccinazioni nelle quattro settimane antecedenti alla donazione	No Si	QUALI
	Morsi, graffi o punture recenti di animali	No Si	Quando?
	Gravi infezioni locali degli organi o tessuti destinabili a donazione	NN No Si	
	Contatti stretti con persone affette da COVID-19	No Si	
	Pregressa infezione COVID19 clinicamente documentata	No Si	

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

Evidenza di fattori di rischio per HIV, HBV, HCV nell'ultimo mese	NO	SI
<p><i>Se viene barrato il si, quali?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comportamenti sessuali a rischio <input type="checkbox"/> Prostituzione <input type="checkbox"/> Rapporti con soggetti con documentata infezione HIV <input type="checkbox"/> Rapporti con soggetti con documentata infezione HBV <input type="checkbox"/> Rapporti con soggetti con documentata infezione HCV <input type="checkbox"/> Uso di droghe <input type="checkbox"/> Esposizione a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV, HCV <input type="checkbox"/> Detenzione carceraria <input type="checkbox"/> Trattamento emodialitico <input type="checkbox"/> Soggetto sottoposto ad infusione cronica di emoderivati umani <input type="checkbox"/> Malattie veneree diagnosticate o trattate <input type="checkbox"/> Tatuaggi, piercing o agopuntura 		

DATI ANAMNESTICI 3

Fattori di rischio per HIV, HBV, HCV negli ultimi 12 mesi	NN	No	Si
Specificare: _____			

ALTRI FATTORI DI RISCHIO

Soggetto sottoposto a trapianto di organi, tessuti, xenotrapianto	No	Si
Ingestione o esposizione a sostanza tossica in dose nociva	No	Si
Storia di trattamenti farmacologici a scopo immunosoppressivo	No	Si
Trattamenti chemioterapici	No	Si
Terapia radiante	No	Si
Malattia ad eziologia sconosciuta	No	Si

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

DATI ANAMNESTICI 4

FATTORI DI RISCHIO NEUROLOGICO O PER MALATTIE DA PRIONI

Evidenza di fattori di rischio neurologico o per malattie da prioni	NO	SI
<i>Se si quali?</i>		
Soggetto con M. di Creutzfeld-Jakob	<input type="checkbox"/>	
Famigliare con M. di Creutzfeld-Jakob	<input type="checkbox"/>	
Demenza o malattie croniche degenerative ad eziologia sconosciuta	<input type="checkbox"/>	
Malattia di Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Sclerosi multipla <input type="checkbox"/>
Sclerosi laterale amiotrofica	<input type="checkbox"/>	Panencefalite acuta sclerosante <input type="checkbox"/>
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/>	Leucoencefalite multifocale progressiva <input type="checkbox"/>
Utilizzo di ormoni di natura ipofisaria	<input type="checkbox"/>	Allotrapianto di dura madre <input type="checkbox"/>
Soggetto sottoposto ad interventi intracranici non specificati	<input type="checkbox"/>	
Soggetto sottoposto ad interventi o trasfusioni in GB dal 1984 al 1996	<input type="checkbox"/>	
Sindrome di Guillan-Barrè	<input type="checkbox"/>	Epilessia accertata e in terapia <input type="checkbox"/>

FATTORI DI RISCHIO TRASMISSIONE NEOPLASIE

NEOPLASIA PREGRESSA SI NO SE SI: Tipo neoplasia: _____ Data diagnosi : Sede neoplasia : _____ Dimensioni : Istologia : _____ Grading : Staging : _____ Terapia chirurgica SI NO Chemioterapia SI NO Terapia radiante SI NO Altra terapia Follow up eseguito SI NO Anni liberi da malattia : Note : _____
NEOPLASIA IN ATTO SI NO SE SI: Momento della rilevazione : <input type="checkbox"/> precedente al ricovero <input type="checkbox"/> durante il ricovero (pre-prelievo organi) Data diagnosi : Tipo di neoplasia: Sede neoplasia : _____ Dimensioni : Istologia : _____ Grading : Staging : _____ Terapia chirurgica SI NO Chemioterapia SI NO Terapia radiante SI NO Altra terapia Note : _____

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

DATI ANAMNESTICI 5: FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI PER DONAZIONE DI TESSUTI OCULARI

Valutazione Cornee eseguita SI NO causa non valutazione:
Rischio specifico al prelievo di Cornee SI NO Infiammazioni e infezioni oculari in atto SI NO
Malattie congenite o acquisite dell'occhio che possono pregiudicare il risultato del trapianto SI NO
Chirurgia laser o refrattiva e altri interventi chirurgici sulla cornea SI NO
Precedenti interventi oculari (cataratta, glaucoma, etc.) SI NO
Sindrome di Marfan SI NO Sindrome di Down SI NO
Note :

MARCATORI VIRALI (Referto obbligatorio prima del prelievo degli organi per quelli sottolineati)

Donatore Adulto : Perdite ematiche (escluso emorr. Cerebrale) ? SI NO

Se SI : Prelievo antecedente trasfusioni, infusioni ? SI NO → Se NO : calcolare la presenza di emodiluizione secondo l'apposito diagramma → Campione emodiluito? SI NO

Donatore < 12 aa: se trasfuso/infuso e non disponibile un prelievo antecedente, calcolare l'emodiluizione anche in assenza di perdite ematiche.

<u>HbsAg</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>AntiHbs</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>AntiHbc (se positivo eseguire anche HBV DNA)</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>Hbe Ag</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>AntiHbe</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>AntiHDV (se HbsAg+)</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>AntiHCV</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>AntiHIV</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>VDRL/TPHA</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>Anti CMV IgG</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>Anti Toxoplasma IgG</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>Anti VZV IgG</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>Anti Herpes Virus IgG</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo
<u>Anti Epstein Barr Virus IgG</u>	<input type="checkbox"/>	In Corso	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ Data _____ Ora _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

ESAME OBIETTIVO ESTERNO - 1

Sono presenti secrezioni bronchiali? - Descrizione :	NO	SI
Sono presenti cicatrici cutanee, cheloidi ? - Descrizione	NO	SI
Sono presenti segni di venopuntura? - Descrizione :	NO	SI
Sono presenti alterazioni mucose? - Descrizione :	NO	SI
Sono presenti petecchie e/o ecchimosi? - Descrizione :	NO	SI
Sono presenti lesioni erpetiche? - Descrizione :	NO	SI

Si riscontrano esantemi in atto? - Descrizione :	NO	SI
Sono presenti infezioni cutanee, dermatiti e/o parassitosi cutanee? - Descrizione :	NO	SI
Sono presenti nevi clinicamente sospetti o nevi multipli (>100)? - Descrizione :	NO	SI
Sono presenti tatuaggi ? - Descrizione :	NO	SI
Sono presenti piercing? - Descrizione :	NO	SI
E' presente ittero? - Descrizione :	NO	SI

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

ESAME OBIETTIVO ESTERNO - 2

Si riscontrano anomalie alla palpazione della tiroide? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti anomalie alla palpazione della mammella? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti masse addominali palpabili? Descrizione :	NO	SI
Si riscontrano anomalie all'esplorazione rettale ? Descrizione :	NO	SI
Si riscontrano alterazioni sulle stazioni linfonodali superficiali? Descrizione :	NO	SI
Si riscontrano alterazioni all'ispezione genitali esterni ? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti fratture esposte? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti infezioni / infiammazioni o traumi oculari? Descrizione :	NO	SI
Sono presenti abrasioni o ustioni acute estese? Descrizione :	NO	SI

Consulenza urologica (se PSA 4-10 con free/totale < 25% oppure se PSA totale >10)

Ecografia prostatica transrettale (se PSA 4-10 con free/totale < 25% oppure se PSA totale >10)

Ecografia mammaria (se necessaria):

Eventuali esami istologici effettuati(allegare referto):

Eventuali altre consulenze:

NOTE DEL RIANIMATORE O DEL COORDINATORE LOCALE

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

ANDAMENTO TEMPERATURA: Segnalare la temperatura max di ogni giornata di ricovero

ESEGUIRE EMOCOLTURE, URINOCOLTURE E BRONCOASPIRATO AL PRIMO RIALZO FEBBRILE (Centrale > 38.4) OLTRE CHE AL MOMENTO DEL PRELIEVO

	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA	DATA/ORA
Centrale							
Cutanea							

ESAMI MICROBIOLOGICI

		Data	Esito	Data	Esito	Microrganismi	Terapia antibiotica
Emocultura	NO / SI						
Urinocoltura	NO / SI						
Broncoaspirato	NO / SI						
Tampone faringeo	NO / SI						
Tampone rettale	NO / SI						
Altro	NO / SI						

INDAGINI STRUMENTALI

ESAME	ESEGUITO DATA	REFERTO (da allegare alla scheda)
ECG		
ECOCARDIOGRAFIA (FE%, morfologia, cinetica)		
CORONAROGRAFIA		
RX TORACE		
TC TORACE		
ECOGRAFIA ADDOMINALE (epatica, renale, pancreatico, splenica)		
TC ADDOME		

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

PARAMETRI EMODINAMICI

Arresto cardiaco	NO / SI	N°	Durata / osservazioni
Intracardiaca	NO / SI	N°	Osservazioni
Defibrillazione esterna	NO / SI	N°	Osservazioni
Episodi di ipotensione grave (<80 mmHg)	NO / SI	N°	Durata / osservazioni

	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora
PA (mmHg)					
FC (b/min)					
PVC (mm /Hg)					
Dopamina (γ/Kg/min)	Dose max				
	Dose min				
Dobutam. (γ/Kg/min)	Dose max				
	Dose min				
Adren/Nora (γ/Kg/min)	Dose max				
	Dose min				
Trasfusioni	N°/ tipo				
Emoderivati	N°/ tipo				
Diuresi /hr					
Diuresi 24 hr					

EMOGAS ANALISI

	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora
Fi O ₂					
Pa O ₂					
Pa CO ₂					
pH					
HCO ₃ ⁻					

Test al 100% O ₂ (PEEP 5)	Pa O ₂	Pa CO ₂	pH	Sat. O ₂	HCO ₃ ⁻
Data ora					
Data ora					

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ *Data* _____ *Ora* _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

ESAMI EMATOCHIMICI

TEST	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora
Globuli Rossi x 10 ⁶					
Hb g/dl					
Ematocrito %					
Globuli Bianchi x 10 ³					
Piastrine x 10 ³					
Azotemia mg/dl					
Creatinemia mg/dl					
Na mEq/L		K mEq/L			
Cl mEq/L		Ca mEq/L			
CPK U/L		MB U/L			
Troponina					
GOT U/L		GPT U/L			
γGT U/L		LDH U/L			
Fosfatasi Alcalina U/L					
Amilasi U/ml		Lipasi U/ml			
Glicemia mg/dl					
Bilir. Tot		Dir mg/dl			
PT %		PTT sec			
INR		Fibrinog.			
AT III % (80-120)					
CHE U/L					
Prot. tot. g/L		Alb. g/dl			
Cholesterolo/Trigliceridi					
Clearance creatinina					
Esame Urine:					
Colore/aspetto					
Proteinuria					
Proteinuria/creatininuria ratio					
Chetoni					
Glucosio					
Hb					
Sedimento urinario					

ESAMI EMATOCHIMICI

TEST	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora	Data / ora
PSA (donatore > 50 anni)					
Totale/ libero/ rapporto					
β HCG					

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ *Data* _____ *Ora* _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT-D/005	Scheda di segnalazione potenziale donatore PO.....data.....Iniz.....	Data Emissione: 08/03/2016 Ultima revisione: 02/12/2021

APPENDICE: CALCOLO EMODILUIZIONE (da applicarsi quando sussistono le condizioni e in ogni caso se vengono donate le cornee)

Donatore Adulto : Perdite ematiche (escluso emorr. Cerebrale) ? **SI NO**

Se **SI** : Prelievo per esami virologici antecedente trasfusioni, infusioni ? **SI NO** → Se **NO** : calcolare la presenza di emodiluizione secondo l'apposito diagramma

Donatore < 12 aa: se trasfuso/infuso e non disponibile un prelievo antecedente, calcolare l'emodiluizione anche in assenza di perdite ematiche.

DONATORE _____ **DATA DONAZIONE** _____

Data e ora del prelievo per virologici _____ Peso del donatore _____ Kg

Volume di sangue (**BV**) = peso del donatore (kg) _____ ÷ 0.015 = _____ mL

Volume plasmatici (**PV**) = peso del donatore (Kg) _____ ÷ 0.025 = _____ mL

A. Volume totale di sangue trasfuso nelle 48 ore prima del prelievo del campione

Globuli rossi trasfusi _____ mL

Sangue intero trasfuso _____ mL

TOTALE A. _____ mL

B. Volume totale dei colloidi infusi nelle 48 ore prima del prelievo del campione

Destrano _____ mL

Plasma _____ mL

Piastrine _____ mL

Albumina _____ mL

Hetastarch _____ mL

Altri colloidi _____ mL

TOTALE B. _____ mL

C. Volume totale di cristalloidi infusi nell'ora precedente il prelievo del campione

Soluz. Salina _____ mL

Destrosio in soluz. Acquosa _____ mL

Ringer Lattato _____ mL

Altri cristalloidi _____ mL

_____ mL

TOTALE C. _____ mL

Determinazione accettabilità del campione per esami virologici:

1. **B+C > PV** **SI** **NO**

2. **A+B+C > BV** **SI** **NO**

SE LE RISPOSTE AD ENTRAMBE LE DOMANDE SONO NO = CAMPIONE ACCETTABILE

SE UNA DELLE RISPOSTE E' SI = CAMPIONE NON ACCETTABILE (UTILIZZARE UN CAMPIONE PRE TRASFUSIONE/INFUSIONE)

Il Rianimatore o il Coordinatore Locale _____

Firma _____ **Data** _____ **Ora** _____



**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI DI RIFERIMENTO
PER I TRAPIANTI DI ORGANI TESSUTI E CELLULE**
P.O. "Binaghi" Via Is Guadazzonis 3 09126 Cagliari



070 /6092915 – coordinamento trapianti
fax 070/ 6092999-7731413 ✉ crrtsardegna@gmail.com crt.sardegna@atssardegna.it

Ospedale _____

Data / /

Il/la sottoscritto/a Dott. _____, dichiara di aver informato gli aventi diritto che il loro congiunto, il Sign/la Sign.a _____ nato a _____ il _____, per il/la quale è in corso l'accertamento di morte ai sensi della Legge n.578/93 e DPR 11/4/2008, è stato riconosciuto come potenziale donatore di organi a scopo di trapianto ai sensi dell'articolo 23 della Legge n.91/99

Ha altresì informato gli aventi diritto che:

- nel caso in cui risulti una volontà espressa in vita dal loro congiunto attraverso le modalità previste dal Decreto 8/4/2000 (dichiarazione di volontà sottoscritta o registrazione contenuta nel Sistema Informativo Nazionale Trapianti), essi hanno la possibilità di presentare una successiva dichiarazione (negativa o positiva), del loro congiunto di cui siano in possesso.
- nel caso in cui non risulti alcuna volontà del loro congiunto, il prelievo degli organi è consentito salvo che gli aventi diritto* presentino opposizione scritta entro la fine del periodo di osservazione di cui all'articolo 4 del DPR 11/4/2008

** aventi diritto secondo l'art. 23, comma 2 della L.91 del 1.04.99 sono nell'ordine : il coniuge non separato o il convivente more uxorio o, in mancanza, i figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, i genitori ovvero il rappresentante legale;*

- al termine del periodo di osservazione verrà comunque dichiarata la morte del soggetto ai sensi della Legge n.578/93 e del DPR11/4/2008

Per presa conoscenza

FIRMA LEGGIBILE e RAPPORTO DI PARENTELA

FIRMA LEGGIBILE e RAPPORTO DI PARENTELA

.....

.....

L'avente diritto : _____ nato a _____ il _____

NON SI OPPONE firma.....

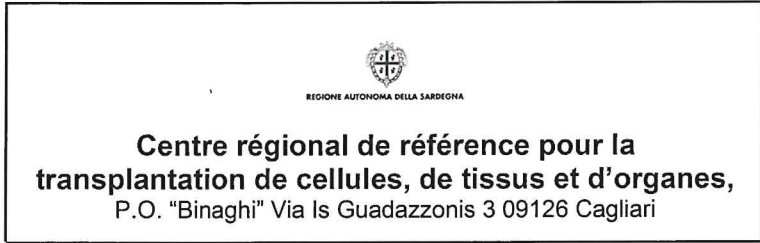
SI OPPONE firma.....

al prelievo di organi dopo accertamento della morte del Sig./ra.....a scopo di trapianto terapeutico.

IL MEDICO

In caso di prelievo d'organi l'avente diritto DESIDERA / NON DESIDERA ricevere notizie dal Centro Regionale Trapianti sull'esito degli interventi di trapianto all'indirizzo di posta/mail.....

.....



☎ 070 /6092915 – 070/ 6093088 coordinamento trapianti
 ☎ fax 070/ 6092999 - 7731413 ✉ crtsardegna@gmail.com crt.sardegna@atssardegna.it

Hôpital _____ Date / /

Le(La) soussigné(e) Dr....., affirme d'avoir informé les ayants droit que leur proche Monsieur/Madamené(e) àle dont mort est au stade de l'évaluation conformément à la Loi n. 578/93 et au DPR 11/4/2008, a été(e) identifié(e) comme donneur potentiel d'organes à des fins de transplantation conformément à l'article 23 de la Loi n. 91/99

Le(La) soussigné(e) à informé les ayants droit aussi que:

- si la personne décédée avait manifesté sa volonté quand il/elle était vivant(e) selon les modalités prévues du Décret 8/4/2000 (déclaration de volonté signée ou enregistrement présent dans le Sistema Informativo Nazionale Trapianti), ils peuvent présenter une déclaration successive (négative ou positive) que leur proche leur avait transmis.
- si la personne décédée n'avait pas manifesté sa volonté quand il/elle était vivant(e), le prélèvement des organes est autorisé sauf si les ayants droit présentent une déclaration écrite contraire avant la fin de la période d'observation conformément à l'article 4 du DPR 11/4/2008

**les ayants droit conformément à l'article 23, alinéa 2 de la Loi 91 du 1 Avril 1999 sont, dans l'ordre: le conjoint non séparé ou le/la concubin(e) ou, à défaut de ceux-ici, les enfants majeurs ou, à défaut de ceux-ici, les parents ou le représentant légal.*

- à la fin de la période d'observation le décès du sujet sera déclaré en tout cas, même si le sujet ou les ayants droit ont manifesté leur opposition, conformément à la Loi n.578/93 et du DPR11/4/2008 et, en conséquence, la ventilation artificielle.

Pour acceptation

SIGNATURE LISIBLE et LIEN DE PARENTÉ

SIGNATURE LISIBLE et LIEN DE PARENTÉ

.....

.....

L'ayant droit:né(e) àle

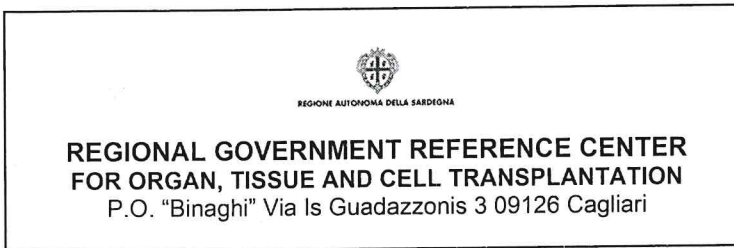
NE S'OPPOSE PAS signature.....

S'OPPOSE signature.....

au prélèvement d'organes après la constatation de la mort de Monsieur / Madame à des fins de transplantation thérapeutique.

LE MÉDICIN

Si les organes sont prélevés, l'ayant droit DÉSIRE / NE DÉSIRE PAS être informé par le Centre Régional pour les Transplantations sur le résultat des interventions de transplantation à l'adresse postale/e-mail ..



070 /6092915 – 070/ 6093088 Transplant Coordination
 fax 070/ 6092999- 7731413 ✉ crrtsardegna@gmail.com; crt.sardegna@atssardegna.it

Hospital: _____

Date: / /

The undersigned Dr. _____, herewith declares to have informed the next-of-kin and/or other eligible persons that their relative: _____ (insert name & surname) , born in _____ (place of birth) on _____ (insert date of birth), for whom ascertainment of death under Law 578/93 and DPR 11/4/2008 is currently underway, has been recognized as a potential organ donor for transplantation in accordance with Article 23 of Law no. 91/99

The undersigned furthermore declares to have informed the next-of-kin and/or other eligible persons that:

- **in the event that in life their relative has clearly expressed the will to donate through the modalities and terms** of the Ministerial Decree dated April 8 2000 (declaration expressing a person’s will on organ and tissue donation that has been signed or recorded in the National Transplant Information System), they have the right to present a subsequent declaration (if they have one) that expresses the will (negative or positive) of their relative to donate.
- **if a declaration of will is lacking, the removal of organs is allowed unless the next-of-kin* and/or other eligible persons* submit opposition in writing before the end of the observation period** referred to in Article 4 of Presidential Decree 11/4/2008.

** Eligible persons according to Art. 23, paragraph 2 of Law 91 dated 1.04.99 (L91/99) are in order: unseparated spouse or cohabiting partner, or failing that, the eldest sons and/or daughters or, in the absence of the latter, the parents or the legal representative*

- **at the end of the observation period death of the subject will be declared** in accordance with Law 578/93 and Presidential Decree (DPR) 11/4/2008.

Please sign acknowledgement below

READABLE SIGNATURE & DEGREE OF KINSHIP

READABLE SIGNATURE & DEGREE OF KINSHIP

.....

.....

The undersigned eligible person : _____ (name and surname)

born in _____ (place of birth) on _____ (date of birth)

DOES NOT OPPOSE Signature:

OPPOSES Signature:.....

the removal of organs for the purpose of therapeutic transplantation after death has been ascertained for:

.....(name of the person under observation as a potential donor for organ transplantation)

THE RESPONSIBLE PHYSICIAN.....

In the event of organ removal, I WISH / DO NOT WISH to receive information from the Regional Transplant Center on the outcome of the transplant procedures at the following postal/ email address:.....

.....

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	VERBALE PRELIEVO ORGANI	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Data prelievo _____

Centro prelievo di _____

Nella S. O. di _____ alle ore _____

L'equipe chirurgica costituita da:

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

Ha eseguito il prelievo di _____ dal cadavere di _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

In via _____ la cui morte è stata accertata, ai sensi dell'art. 3

della Legge 578/93 ed art. 2 DPR 582/94 e dal decreto 11 aprile 2008, alle ore _____ del _____

Descrizione dell'intervento:

Si rimette il presente verbale alla Direzione ai sensi dell'articolo 3/8 della Legge 644/75

Alle ore _____ del giorno _____

I Chirurghi:

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	Esplorazione cavità toracica ed addominale	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
Data e firma	

DONATORE		
Nome:	Cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT: ²	Centro di prelievo:	
Data di inizio prelievo	Ora di inizio prelievo (incisione cute)::	
Ora del cross clamp:	Ora di inizio perfusione:	Fine Perfusione
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	Quantità:

ESPLORAZIONE CAVITÀ TORACICA	
Eventuali anomalie riscontrate all'Ispezione della cavità e alla palpazione degli organi e delle stazioni linfonodali profonde e osservazioni:	

Biopsie estemporanee <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare:
Nome e cognome del Chirurgo Esaminatore:	Firma:

ESPLORAZIONE CAVITÀ ADDOMINALE	
Eventuali anomalie riscontrate all'Ispezione della cavità e alla palpazione degli organi e delle stazioni linfonodali profonde e osservazioni:	

Biopsie estemporanee <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare:
Nome e cognome del Chirurgo Esaminatore:	Firma:

	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	 Rete Nazionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Verbale di prelievo fegato	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/01/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
Data e firma	

DONATORE		
Nome:	Cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT:	Centro di prelievo:	

Organo prelevato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data di prelievo:	Ora di estrazione organo:
Ora del cross clamp:	Inizio perfusione:	
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	
Litri perfusi:	Qualità della perfusione:	
Descrizione dell'intervento e osservazioni:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Descrizione anatomica dell'organo ed eventuali anomalie		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
NECESSITA' BIOPSIA : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Firma:		

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Verbale di prelievo pancreas	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
Data e firma	

DONATORE		
Nome:	Cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT:	Centro di prelievo:	

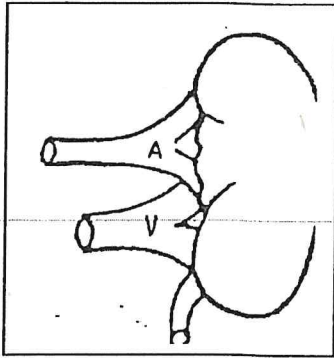
Organo prelevato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data e ora di inizio prelievo (incisione cute):	
Ora di estrazione dell'organo:	Ora del cross clamp:	
Inizio perfusione	Fine perfusione	
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	
Litri perfusi:	Qualità della perfusione:	
Descrizione dell'intervento e osservazioni: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Descrizione anatomica dell'organo ed eventuali anomalie <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Firma:		

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Verbale di prelievo cuore	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
-------------------------------------	---------------------------

DONATORE		
Nome:	Cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT:	Centro di prelievo:	
Data e firma		

Organo prelevato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data e ora di inizio prelievo (incisione cute):	
Ora di estrazione del cuore:	Ora del cross clamp:	
Inizio perfusione	Fine perfusione	
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	
Litri perfusi:	Qualità della perfusione:	
Descrizione anatomica dell'organo ed eventuali anomalie:		
Descrizione dell'intervento e osservazioni:		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Firma:		



RENE SINISTRO Inviato al CTx _____

Anatomia al prelievo

Arterie n° _____ Patch NO SI _____

Vene n° _____ Patch NO SI _____

Uretere Normale Lungo Corto o Decorticato _____

Clampaggio Aortico h _____:_____

Tipo e volume liquido perfusione _____ ml | _____ |

Ora estrazione da cavità addominale | _____:_____ |

Perfusione del Rene al prelievo: Ottima Buona Suff. Insuff.

Valutazione MACRO del Rene al Banco Ottima Buona Sufficiente Insufficiente

NOTE:

Chirurgo Prelevatore _____ Ospedale di appartenenza _____

Perfusione Dinamica NO SI durata | _____ | ore e | _____ | min; sede _____

Macchina di Perfusione _____ *Ipoterm* *Ossigenata* *Normoterm*

Liquido _____

Ora inizio: | _____:_____ | Press | _____ | Flux | _____ | Res. | _____ | *note* _____

Ora fine : | _____:_____ | Press | _____ | Flux | _____ | Res. | _____ | *note* _____

Medico/Tecnico MP _____ Ospedale di appartenenza _____

Destino: Scartato Tx singolo Tx doppio

Al Trapianto : Ora inizio della seconda ischemia calda | _____:_____ | durata min | _____ |

Chirurgo Trapiantatore _____ Ospedale _____

ESAMI BIOPTICI RENALI

RENE Dx : si no

Biopsia SCORE: | _____ | glomeruloscler. | _____ | atrofia tub. | _____ | fibrosi interst. | _____ | arterioloscl. | _____ |

Note:

Medico _____ Ospedale di refertazione _____

RENE Sx : si no

Biopsia SCORE: | _____ | glomeruloscler. | _____ | atrofia tub. | _____ | fibrosi interst. | _____ | arterioloscl. | _____ |

Note:

Medico _____ Ospedale di refertazione _____

IL NK va condiviso con il CRT a cui afferisce il Centro Tx

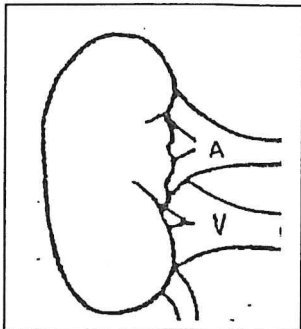
NECRO-KIDNEY

Ospedale di Prelievo Data Prelievo ____/____/____
 Codice SIT _____ Iniziali Donatore [][] Data nascita ____/____/____
 Sesso M [] F [] Gruppo ABO [] Anamnesi e dati funzionali reperibili nella scheda DONATORE
 Rischio [] standard [] trascurabile [] accettabile per

Tipo: DBD [] - ECD-BD [] - DBD-ECMO [] DCD: DCD 2° [] - DCD 3° [] - DCD 4° []
 > se DCD: ACC tempo totale [] min ; n° episodi [] Ora del Decesso []: []
 ECLS/ECMO no si ora inizio []: [] durata [] min
 nRP no si durata [] min WIT [] (DCD2: da ACC a nRP; DCD3: PA<50 / pO2<75% fino nRP o perfus. fredda)
 Creatininemia ingresso [] ultima creat [] Diuresi oraria _____ ml/ora
 Coordinatore Osp./Equipe donazione _____

ESPLORAZIONE del CAVO ADDOMINALE E TORACICO - PALPAZIONE ORGANI E LINFONODI

Non ha evidenziato lesioni macroscopic. apprezzabili [] Ha evidenziato lesioni (*vedi verbale di prelievo*) []
 Sono stati effettuati prelievi per esami biotipici [] Note:
 Esplorazione reni [] con apertura fascia perirenale []: Lesioni sospette [no] [si] _____



RENE DESTRO Inviato al CTx _____

Anatomia al prelievo

Arterie n° ____ Patch NO SI _____
 Vene n° ____ Patch NO SI _____
 Uretere Normale Lungo Corto o Decorticato _____

Clampaggio Aortico ora []: []

Tipo e volume liquido perfusione _____ ml []

Ora estrazione da cavità addominale []: []

Perfusione del Rene al prelievo: Ottima Buona Suff. Insufficiente

Valutazione MACRO del Rene al Banco Ottima Buona Sufficiente Insufficiente

NOTE:

Chirurgo Prelevatore _____ Ospedale di appartenenza _____

Perfusione Dinamica NO SI durata [] ore e [] min; sede _____

Macchina di Perfusione _____ Ipoterm [] Ossigenata [] Normoterm []

Liquido _____

Ora inizio: []: [] Press [] Flux [] Res. [] note _____

Ora fine : []: [] Press [] Flux [] Res. [] note _____

Medico/Tecnico MP _____ Ospedale di appartenenza _____

Destino: Scartato Tx singolo Tx doppio

Al Trapianto : Ora inizio della seconda ischemia calda []: [] durata min []

Chirurgo Trapiantatore _____ Ospedale _____