

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)

REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA



CARTELLA PER L'INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE



C.R.T. PUGLIA

CENTRO TRAPIANTI _____

CODICE PAZIENTE _____		_____	
COGNOME _____		NOME _____	
CF _____	SESSO _____	M ☐ F ☐	
NATO A _____	PROV _____	IL _____	
DOMICILIATO A _____	PROV _____	C.A.P. _____	
VIA _____		N° _____	
TEL _____		CELLULARE _____	
EMAIL _____		ALTRA REPERIBILITA' _____	
ESENZIONI TICKET	SI ☐ NO ☐	CODICI _____	
CENTRO DIALISI _____		TEL _____	
MEDICO REFERENTE _____			
SCOLARITA'	NESSUNA ☐	LICENZA ELEMENTARE ☐	MEDIA INFERIORE O EQUIVALENTE ☐
	MEDIA SUPERIORE O EQUIVALENTE ☐	LAUREA ☐	
ATTIVITA' LAVORATIVA	STUDENTE ☐	OPERAIO/A ☐	IMPIEGATO/A ☐
	DIRIGENTE ☐	LIBERA PROF. ☐	PENSIONATO ☐
	CASALINGA ☐	ALTRO ☐ _____	
TELEFONO LAVORO _____			
IN LISTA DI ATTESA PRESSO ALTRI CENTRI		SI ☐ NO ☐	
QUALI	_____		

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)**REGIONE PUGLIA**

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

**CARTELLA PER L'INSERIMENTO
IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE**

CRT REGIONE _____		CENTRO TRAPIANTI _____	
CODICE PAZIENTE	_____		
COGNOME	_____	NOME	_____
IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ CHIEDE DI ESSERE INSERITO/A IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE. DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA DEI CRITERI DI SCELTA ADOTTATI PRESSO QUESTO CENTRO TRAPIANTI E DI ACCETTARNE LE MODALITA'. DICHIARA, INOLTRE, DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A CHE IL TRAPIANTO RENALE POTRA' ESSERE EFFETTUATO DALL'EQUIPE CHIRURGICA DEL DITRE PRESSO LE SEDI DIPARTIMENTALI (AA.OO.UU. "POLICLINICO CONSORZIALE" DI BARI E "POLICLINICO RIUNITI" DI FOGGIA), CON PREFERENZA DELLA SEDE DI FOGGIA PER I PAZIENTI AFFERENTI AI CENTRI DIALISI DELLE PROVINCE FOGGIA E BAT E DELLA SEDE DI BARI PER I PAZIENTI AFFERENTI AI CENTRI DIALISI DELLE ALTRE PROVINCE. AUTORIZZA IL CENTRO DIALISI/SERVIZIO DI NEFROLOGIA A TRASMETTERE AL CENTRO TRAPIANTI E AL CRT I DATI PRESENTI IN QUESTA CARTELLA E TUTTI I SUCCESSIVI DATI ED AGGIORNAMENTI RITENUTI NECESSARI. AUTORIZZA IL CRT AL TRATTAMENTO DEI DATI STESSI.			
DATA _____		FIRMA _____	

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)

REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA



CARTELLA PER L'INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE



<u>ANAMNESI</u>							
<u>ANAMNESI FAMILIARE</u>				<u>ANAMNESI PATOLOGICA</u>			
	SI	NO	DAL		SI	NO	DAL
IPERTENSIONE	☐	☐		MAL. APP. CARDIO-VASC	☐	☐	
DIABETE	☐	☐		MAL. APP. RESPIRATORIO	☐	☐	
NEUROPATIE	☐	☐		MAL. APP. OSTEOARTICOLARE	☐	☐	
COLLAGENOPATIE	☐	☐		MAL. APP. DIGERENTE	☐	☐	
NEOPLASIE	☐	☐		MAL. APP. GENITO-URINARIO	☐	☐	
TBC	☐	☐		MAL. APP. VASCOL.-PERIFERICO	☐	☐	
	☐	☐		MAL. S.N.C. E/O PERIFERICO	☐	☐	
	☐	☐		MAL. ENDOCRINE	☐	☐	
ALTRO	☐	☐		NEOPLASIE PREGRESSE	☐	☐	
NOTE _____				ALTRO _____			
_____				FUMO	☐	☐	

<u>ANAMNESI CHIRURGICA</u>			
INTERVENTI CHIRURGICI	SI ☐ NO ☐	DATA _____ TIPO _____	
		DATA _____ TIPO _____	
NEFRECTOMIA	SI ☐ NO ☐	DX ☐ SX ☐ BILATERALE ☐	DATA _____

<u>ANAMNESI NEFROLOGICA E DIALITICA</u>			
MALATTIA RENALE PRIMITIVA _____			
DATA INIZIO NEFROPATIA _____		BIOPSIA SI ☐ NO ☐	DATA _____
DATA INIZIO DIALISI _____		TIPO _____	
GIORNI DIALISI (PARI/DISPARI) _____			ORA _____
ACCESSO VASCOLARE _____		DIURESIS RESIDUA _____	
COMPLIANCE DIALITICA	OTTIMA ☐	BUONA ☐	SUFFICIENTE ☐ PESSIMA ☐

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)

REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



CARTELLA PER L'INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE



<u>ESAME OBIETTIVO</u>		
PESO SECCO _____	ALTEZZA _____	BMI _____
P.A. _____	FC _____	CIRC. ADDOMINALE _____
<u>REPERTI PATOLOGICI</u>		
TORACE		
CUORE		
ADDOME		
FEGATO		
APP. VASCOLARE		
APP. OSTEO-ART.		
S.N.C. E/O PERIF.		
PROFILO PSICOLOGICO	_____	

<u>ANAMNESI IMMUNOLOGICA</u>			
EMOGRUPPO ABO _____		RH POS ☐	RH NEG ☐
TIPIZZAZIONE HLA	LOCUS A _____	LOCUS B _____	LOCUS DR _____
	LOCUS DRW _____	LOCUS DQ _____	PRA % _____
SIEROTERAPIA O VACCINAZIONI RECENTI		NO ☐ SI ☐	DATA ULTIMA _____
VACCINAZIONE ANTI HBV		NO ☐ SI ☐	DATA ULTIMA DOSE _____
GRAVIDANZE E/O ABORTI		NO ☐ SI ☐ N° ____	DATA ULTIMA _____
TRASFUSIONI		NO ☐ SI ☐	DATA ULTIMA _____
PREGRESSO TX	NO ☐ SI ☐	DATA _____	SEDE _____
DATA CESSATA FUNZIONE _____		ESPIANTO NO ☐ SI ☐	DATA _____
HLA PRECEDENTE DONATORE	LOCUS A _____	LOCUS B _____	LOCUS DR _____
	LOCUS DRW _____	LOCUS DQ _____	
CAUSE INSUCCESSO: _____		ANTICORPI NO ☐ SI ☐ % _____ DATA _____	

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)

REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA



CARTELLA PER L'INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE

OO.RR. - FOGGIA

ESAMI LABORATORISTICI			
MARKERS INFETTIVOLOGICI		DATA _____	
HBsAg	POS ☐ NEG ☐	HBs Ab	POS ☐ NEG ☐ TITOLO _____
HBcAb	POS ☐ NEG ☐	HIV	POS ☐ NEG ☐
HCV Ab	POS ☐ NEG ☐	HDV	POS ☐ NEG ☐
HCV RNA	POS ☐ NEG ☐	Quantitativo _____	
		Qualitativo _____	
		Genotipo HCV _____	
BIOPSIA EPATICA	SI ☐ NO ☐	DATA _____	
TOXOPLASMA	IgG POS ☐ NEG ☐	IgM POS ☐ NEG ☐	
ROSOLIA	IgG POS ☐ NEG ☐	IgM POS ☐ NEG ☐	
CMV	IgG POS ☐ NEG ☐	IgM POS ☐ NEG ☐	
HERPES 1-2	IgG POS ☐ NEG ☐	IgM POS ☐ NEG ☐	
HERPES VARICELLA ZOSTER	IgG POS ☐ NEG ☐	IgM POS ☐ NEG ☐	
EBV	IgG POS ☐ NEG ☐	IgM POS ☐ NEG ☐	
TPHA	IgG POS ☐ NEG ☐	IgM POS ☐ NEG ☐	
MANTOUX	POS ☐ NEG ☐		
QUANTIFERON	POS ☐ NEG ☐		
URINOCOLTURA	POS ☐ NEG ☐		
TAMPONE FARINGEO	POS ☐ NEG ☐		
ESAMI EMATOCHIMICI		DATA _____	
EMOCROMO	LEUCOCITI 10^9 / L _____	N% ____ L% ____ M% ____ B% ____ E% ____	
	G. ROSSI 10^{12} / L _____	Hgb g/dl ____ Hct% ____ PLT $\times 10^9$ / L ____	
CREA mg/dl _____	BIL tot mg/dl _____	Proteine tot g/L _____	

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)

REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



OO.RR. - FOGGIA

CARTELLA PER L'INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE

UREA mg/dl _____	AST U/L _____	Albumina % _____	
URICEMIA mg/dl _____	ALT U/L _____	Alfa1 % _____	
SODIEMIA mmol/l _____	LDH U/L _____	Alfa2 % _____	
POTASSIEMIA mmol/l _____	ALP U/L _____	Beta% _____	
CALCEMIA mmol/l _____	CHE kU/L _____	Gamma% _____	
FOSFOREMIA mmol/l _____	CPK U/L _____	PTH pg/ml _____	
FT3 ng/dl _____	FT4 ng/dl _____	TSH mUI/l _____	
Comp. Monoclonale	SI ☐ NO ☐	Tipo: _____	
GLICEMIA mg/dl _____	Colesterolo totale mg/dl _____		
HBa1C mmol/mol _____	Trigliceridi mg/dl _____		
PT-INR _____	APTT R _____	Fibrinogeno mg/dl _____	
SIDEREMIA ug/dl _____			
PSA TOT ng/ml _____	FREE ng/ml _____	Rapporto _____	DATA _____
SANGUE OCCULTO FECI (3 campioni)		POS ☐ NEG ☐	DATA _____

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)**REGIONE PUGLIA**

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

**CARTELLA PER L'INSERIMENTO
IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE****ESAMI STRUMENTALI****APPARATO CARDIOVASCOLARE**

	PATOLOGICO	
ECG E VISITA CARDIOLOGICA	SI ☐ NO ☐	DATA _____
ECOCARDIOGRAMMA CON FE	SI ☐ NO ☐	DATA _____
TEST DA SFORZO/SCINTI MIOGRAFIA/ ECOSTRESS/CORO TAC	SI ☐ NO ☐	DATA _____
CORONAROGRAFIA (se indicata)	SI ☐ NO ☐	DATA _____

APPARATO RESPIRATORIO

	PATOLOGICO	
RX TORACE	SI ☐ NO ☐	DATA _____
PROVE FUNZ. RESPIRATORIA	SI ☐ NO ☐	DATA _____

APPARATO URINARIO

	PATOLOGICO	
ECOGRAFIA RENALE	SI ☐ NO ☐	DATA _____
ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE	SI ☐ NO ☐	DATA _____
CISTOGRAFIA MINZIONALE	SI ☐ NO ☐	DATA _____
UROFLUSSIMETRIA	SI ☐ NO ☐	DATA _____

FUNZIONALITA' TIROIDEA E PARATIROIDEA

ECOGRAFIA TIROIDE		DATA _____
ECOGRAFIA PARATIROIDI (se indicato)	SI ☐ NO ☐	DATA _____
SCINTIGRAFIA PARATIROIDI (se indicato)	SI ☐ NO ☐	DATA _____

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)**REGIONE PUGLIA**

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

**CARTELLA PER L'INSERIMENTO
IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE**

<u>APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO</u>		
	PATOLOGICO	
RX MANI	SI ☐ NO ☐	DATA _____
RX BACINO	SI ☐ NO ☐	DATA _____
RX CRANIO	SI ☐ NO ☐	DATA _____
OPT	SI ☐ NO ☐	DATA _____
<u>APPARATO GASTROENTERICO</u>		
	PATOLOGICO	
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	SI ☐ NO ☐	DATA _____
EGDS E HP TEST	SI ☐ NO ☐	DATA _____
COLONSCOPIA (>50 anni o se SOF positivi)	SI ☐ NO ☐	DATA _____
<u>APPARATO VASCOLARE</u>		
	PATOLOGICO	
DOPPLER AORTO-ILIACO ARTERIOSO	SI ☐ NO ☐	DATA _____
DOPPLER AORTO-ILIACO VENOSO	SI ☐ NO ☐	DATA _____
DOPPLER ARTERO-VENOSO TSA	SI ☐ NO ☐	DATA _____
ANGIO TAC ADDOME (se indicato)	SI ☐ NO ☐	DATA _____
ANGIOGRAFIA (se indicato)	SI ☐ NO ☐	DATA _____
ANGIO RMN ENCEFALO (pz policistici)	SI ☐ NO ☐	DATA _____
<u>APPARATO GENITALE</u>		
	PATOLOGICO	
VISITA GINECOLOGICA	SI ☐ NO ☐	DATA _____
PAP TEST	SI ☐ NO ☐	DATA _____
ECOGRAFIA PELVICA (se indicato)	SI ☐ NO ☐	DATA _____
MAMMOGRAFIA	SI ☐ NO ☐	DATA _____

[illegible]

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)**REGIONE PUGLIA**

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

**CARTELLA PER L'INSERIMENTO
IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE**

<u>GIUDIZIO CLINICO CONCLUSIVO</u>	
OTTIMO ☐	BUONO ☐ SUFFICIENTE ☐
☐ RISCHIO AUMENTATO PER	☐ ETA' ANAGRAFICA
	☐ ETA' DIALITICA
	☐ MALATTIE CARDIOVASCOLARI
	☐ DIABETE
	☐ MALATTIA EPATICA
	☐ MAL. APP. GENITO-URINARIO
	☐ ALTRO _____
IL NEFROLOGO REFERENTE _____	
DATA _____	FIRMA _____
REPERIBILITA' h24 TEL: _____	

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)**REGIONE PUGLIA**

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

**CARTELLA PER L'INSERIMENTO
IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE****VALUTAZIONE NEFRO-CHIRURGICA (A CURA DEL CENTRO TRAPIANTI)**

☐ IDONEO	☐ OTTIMO
	☐ BUONO
	☐ SUFFICIENTE
☐ IDONEO A RISCHIO AUMENTATO PER	☐ ETA' _____
	☐ MALATTIA CARDIOVASCOLARE _____
	☐ MALATTIA EPATICA _____
	☐ DIABETE _____
	☐ NEOPLASIA PREGRESSA _____
	☐ ALTER. EMOCOAGULATIVE _____
	☐ COLLAGENOPATIA _____
	☐ NEFROPATIA RECIDIVANTE _____
	☐ PREGRESSO TRAPIANTO _____
	☐ PATOLOGIE NEUROLOGICHE _____
	☐ PATOLOGIE PSICHIATRICHE _____
<u>PROGRAMMI DI ADESIONE E PROTOCOLLI NAZIONALI</u>	
☐ DONATORE DECEDUTO	☐ HBcAB POSITIVO
☐ PROGRAMMA VIVENTE	☐ DONATORE A RISCHIO NS MA ACCETTABILE
☐ PRE-EMPTIVE	☐ DONATORE A CUORE FERMO (DCD)
☐ TRAPIANTO DOPPIO	☐ PROGRAMMA NAZIONALE IPERIMMUNI
☐ HBsAg POSITIVO	☐ DONATORE COVID +

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)

REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



CARTELLA PER L'INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO DI RENE



OO.RR. - FOGGIA

☐ NON IDONEO TEMPORANEAMENTE	☐ MOTIVO: _____ _____ _____ _____ ☐ ULTERIORI ACCERTAMENTI RICHIESTI: _____ _____ _____ _____ _____
☐ NON IDONEO DEFINITIVAMENTE	☐ MOTIVO: _____ _____ _____ _____
DATA: _____	SANITARIO RESPONSABILE _____