

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE) REGIONE PUGLIA



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



AGGIORNAMENTO IMMUNOLOGICO

I pazienti iscritti in lista d'attesa e idonei al trapianto dovranno inviare campioni ematici per la ricerca di anticorpi anti-HLA di Classe I e II con periodicità **quadrimestrale**. I mesi fissati per la raccolta sono: FEBBRAIO, GIUGNO, OTTOBRE. **I campioni ematici dovranno pervenire in laboratorio entro i primi quindici giorni del mese.** I Centri Dialisi dovranno inviare i sieri di tutti i propri pazienti accompagnati da un'unica richiesta (v. **Allegato G**).

Centro Dialisi di _____

Tel: _____ / _____ E-mail: _____

COGNOME e NOME del Paziente: _____

Valutazioni immunologiche

Sieroterapia o vaccinazioni	SI	NO
Gravidanze e/o aborti	SI	NO
Trasfusioni	SI	NO

1) Deliberate n° _____ 2° Cliniche n° _____ 3) Altro n° _____ quale _____

<u>Emocomponente trasfuso</u>	1	Sangue Intero	n° _____
	2	Emazie concentrate	n° _____
	3	Emazie lavate	n° _____
	4	Leucociti	n° _____
	5	Piastrine	n° _____
	6	Plasma	n° _____
	7	Altro	n° _____

Pregressi trapianti

Data ___/___/___

Luogo _____

Rene

DX

SX

DONATORE (Cadavere / Vivente) _____

Parentela _____

TIPIZZAZIONE DONATORE HLA A ___/___ B ___/___ DR ___/___

Data rientro in dialisi _____ Data espianto _____ Causa mancata funzione _____

A. Rigetto iperacuto	F. Compl. vascolari In sede trapianto	M. Rottura rene
B. Rigetto accelerato	G. Complicanze urologiche	N. Rientro in dialisi senza espianto
C. Rigetti ripetuti	H. Infezione in sede di trapianto	O. Rifiuto della terapia
D. Rigetto cronico	I. Infezione in altra sede o gen.	P. Altro _____
E. Recidiva malattia di base	L. Rene non vitale	Q. Espianto senza notizie

Data ___/___/___

Firma del MEDICO compilatore _____