

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

Unità emittente	CRT						
Unità destinataria	RNPTR	RXPTR	RCDP	LTT	ND	CA	CO
	X	X	X	X	X	X	X

REDATTO DAL COMITATO TECNICO REGIONALE TRAPIANTI

REVISIONATO: Pellegrino Mancini, Renzo Bonofiglio, Teresa Papalia, Gianmario Gagliardi, Pietro Cozzupoli, Sebastiano Vaccarisi, Francesca Mallamaci, Francesco Diego Delfino, Francesco Cambareri, Giuseppa Romeo, Cinzia Degli Espositi

APPROVATO: Dr. P. Mancini (DUO CRT)

EMESSO: Dott. G. A. Gallo (RGQ)

RIVALIDATA (*firma*): _____ IN DATA: _____

5	09/02/2017	<p>Modificato punto 4.1.7 Valutazione vasi periferici; Modificato punto 4.2.1 Condizioni di accettazione del paziente; Modificato punto 4.2.4 Protocollo esami per inserimento in lista trapianto; Modificato punto 4.3 Inserimento in lista d’attesa; Modificato punto 4.5 Periodicità degli aggiornamenti; Effettuata: Rev. 4 della R75-19-CRT - Richiesta visita per inserimento in lista di attesa per trapianto di rene; Rev. 2 della R75-2-20CRT - Appuntamento visita per inserimento lista attesa Inserita una nuova Registrazione: R75-2-37CRT Non Idoneità per inserimento in LAT rene</p>
---	------------	--

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

						<p>Modificato il punto 4.3 Inserimento in lista d’attesa</p> <p>Annulate le seguenti RegISTRAZIONI: R75-2-9CRT – Consenso informato al doppio trapianto renale; R75-2-32CRT - Consenso informato per l’utilizzo di donatori a criteri estesi; R75-2-33CRT - Conferma consenso informato per l’utilizzo di donatori a criteri estesi; R75-2-34CRT - Conferma consenso informato al doppio trapianto renale, e sostituite con due nuove RegISTRAZIONI: R75-2-35CRT - Consenso informato per l'utilizzo di donatori a criteri estesi (rene singolo o doppio); R75-2-36CRT - Conferma consenso informato per l'utilizzo di donatori a criteri estesi (rene singolo o doppio).</p> <p>Effettuata Revisione delle R75-2-4CRT rev. 3 e R75-2-8CRT rev.2</p>
			4	05/11/2015		
			3	15/05/2014		<p>Effettuata Revisione delle R75-2-4CRT rev.2, R75-2-8CRT rev.1, R75-2-11CRT rev.1, R75-2-19CRT rev.3, R75-2-24CRT rev.1. Modificato il punto 4.4.1 Aggiornamento immunologico Inserito punto 4.4.3 Trasmissione elenco pazienti in lista d’attesa per trapianto rene</p>
			2	29/10/2012		<p>Modifica Apparato Cardiovascolare punto 4.1.6 Modifica TBC punto 4.1.10.2 Modifica pag. 15 Recapiti telefonici Lab. Tipizzazione Tissutale RC Inserita Appendice Neoplasie punto 4.6 Inserita una nuova RegISTRAZIONE: 1. R75-2-34CRT</p>
			1	19/10/2011		<p>Modifica pag. 16 n. FAX Polo Tx Rene RC Inserite 2 nuove RegISTRAZIONI: 1. R75-2-32CRT 2. R75-2-33CRT</p>
1 CRT	22/02/10	Dr. Giuseppe A. Gallo	0			
EMISSIONE	DATA	NOME	REV.	DATA	FIRMA	DESCRIZIONE

INDICE

0. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI
1. SCOPO
2. APPLICABILITÀ
3. RESPONSABILITÀ
4. MODALITÀ OPERATIVE
 - 4.1 Aspetti generali
 - 4.1.1 Quando riferire i pazienti al Polo Trapianti
 - 4.1.2 Aspetti clinici generali
 - 4.1.3 Malattie metaboliche e/o ereditarie
 - 4.1.4 Malattie sistemiche
 - 4.1.5 Apparato urinario
 - 4.1.6 Apparato cardiovascolare
 - 4.1.7 Valutazione vasi periferici
 - 4.1.8 Disordini emocoagulativi
 - 4.1.9 Apparato gastrointestinale
 - 4.1.10 Infezioni
 - 4.1.10.1 HIV
 - 4.1.10.2 TBC
 - 4.1.10.3 EPATITE B
 - 4.1.10.4 EPATITE C
 - 4.1.11 Vaccinazioni
 - 4.1.12 Neoplasie
 - 4.1.13 Apparato respiratorio
 - 4.1.14 Patologia neurologica e psichiatrica
 - 4.1.15 Pregressi interventi
 - 4.1.16 Riepilogo Controindicazioni
 - 4.2 Compilazione cartella clinica sanitaria per il trapianto di rene
 - 4.2.1 Condizioni di accettazione del paziente
 - 4.2.2 Dati anagrafici e dialitici del paziente
 - 4.2.3 Dati immunologici
 - 4.2.4 Protocollo esami per inserimento in lista trapianto
 - 4.3 Inserimento in lista di attesa
 - 4.4 Mantenimento in lista di attesa
 - 4.4.1 Aggiornamento immunologici
 - 4.4.2 Aggiornamento clinico-strumentale
 - 4.4.3 Trasmissione elenco pazienti in Lista d’attesa per trapianto rene
 - 4.5 Periodicità degli aggiornamenti
5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
6. REGISTRAZIONI

0. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

118: Unità di emergenza medica

A: Allegato

AR: Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione

BOC: Banca Occhi Calabria

CA: Coordinatore di Area

CCBB: Unità Operativa Banca del Cordone Ombelicale

CI: Coordinatore infermieristico, Capo sala

CO: Coordinatore Ospedaliero

CAM: Collegio Accertamento Morte

CR: Centri di raccolta

CRT: Centro Regionale Trapianti

CTCRT: Comitato Tecnico Consultivo Regionale per i Trapianti

PTR: Poli Trapianto di Rene

CTMO: Unità Operativa Centro Trapianti Midollo Osseo

MDS: Medico di Direzione Sanitaria

DUO: Direzione Unità Operativa

F: Flussi

INF: Infermiere

IO: Istruzione Operativa

LAB: Laboratorio di Patologia Clinica

LAP: Laboratorio Anatomia Patologica

LMV: Laboratorio di Microbiologia-Virologia

LTT: Laboratorio Tipizzazione Tissutale

MED: Medico

N: U.O. di Neurologia

ND: Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi

OC: Unità Operativa di Oculistica

P : Procedura di sistema

PO: Procedura Operativa

R: Registrazione Qualità

RCDP: Referente Centro Dialisi Periferico

RGQ: Responsabile Gestione Qualità

RNPTR: Responsabile Nefrologo Polo Trapianto Rene

RR: Referente Rianimazione

RTI: Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva

RXPTR: Responsabile Urologo o Chirurgo Polo Trapianto Rene

SIT: Servizio di immunoematologia e trasfusioni

SCOPO

Scopo della presente procedura è quello di indicare le modalità per l’inserimento ed il mantenimento dei pazienti nella lista di attesa unica regionale per trapianto di rene da donatore cadavere.

2. APPLICABILITÀ

La presente procedura viene applicata dal medico referente del centro dialisi nel momento in cui deve valutare un paziente dializzato per richiederne l’inserimento nella lista unica d’attesa regionale e per assicurarne il mantenimento in lista attiva.

3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità per la presente procedura è del Comitato Tecnico Regionale Trapianti per le attività di redazione, delle professionalità specifiche per le attività di revisione, del RGQ per le attività di emissione, rivalidazione e distribuzione; della Direzione per le attività di approvazione.

Le responsabilità nell’applicazione della medesima, sono di seguito evidenziate:

ATTIVITÀ	DUO CRT	RGQ	RCDP	RNPTR	RXPTR	LTT	ND	CA	CO
Aspetti generali	IC	I	RPIC	RPIC	RPIC		IC	I	I
Compilazione della cartella sanitaria per il trapianto di rene	IC	I	RPIC				IC	I	I
Protocollo esami per inserimento in lista trapianto	IC	I	RPIC			I	IC	I	I
Inserimento in lista di attesa	RPIC	I	PIC	RPIC	RPIC	P	IC	I	I
Mantenimento in lista di attesa	RPIC	I	RPIC	RPIC	RPIC	RPIC	IC	I	I
<i>Legenda: R responsabile, P partecipa all’attività, I informato, C controlla</i>									

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

4. MODALITÀ OPERATIVE:

4.1. Aspetti generali

4.1.1. Quando riferire i pazienti al Polo Trapianti

Per il trapianto da cadavere possono essere accettati tutti i pazienti sottoposti a trattamento dialitico sostitutivo della funzione renale che facciano opportuna richiesta al Referente del Centro dialisi di appartenenza per valutazione immissione in lista d’attesa. Sarà cura del suddetto referente inoltrare la richiesta (R75-02-19CRT) al Polo Trapianti ed al CRT. È consigliabile che la procedura di valutazione del paziente per l’inserimento in lista d’attesa venga attivata il più precocemente possibile.

Per il trapianto da vivente possono essere valutati pazienti con malattia renale cronica in stadio 5 (VFG < 15 ml/min), non ancora in dialisi (trapianto pre-emptive).

4.1.2. Aspetti clinici generali

Gli aspetti clinici importanti da considerare sono:

- **L’età:** l’età avanzata non è di per sé una controindicazione al trapianto di rene. È comunque indispensabile una valutazione particolarmente accurata al di sopra dei 60 anni.
- **La nefropatia di base:** Importante la diagnosi certa, meglio se istologica, che non costituisce mai controindicazione assoluta all’idoneità né elemento di discriminazione al momento della scelta del ricevente. Importante la valutazione in funzione di eventuale preparazione chirurgica (es. Reni policistici voluminosi e/o infetti, Tbc, Reflussi V-U).
- **L’obesità:** I pazienti con BMI compreso tra 30 e 40 devono ridurre il peso corporeo e vanno avvertiti del rischio di complicanze metaboliche e chirurgiche legato all’obesità (R75-02-27CRT); vengono esclusi i pazienti con obesità grave (BMI > 40).

4.1.3. Malattie metaboliche e/o ereditarie

- **Diabete Mellito:** non costituisce controindicazione, ma è importante una valutazione approfondita soprattutto dell’apparato cardiovascolare. Ai pazienti affetti da Diabete Tipo 1 va prospettata la possibilità del trapianto combinato rene/pancreas.
- **Ossalosi:** è necessario uno studio approfondito per selezionare i pazienti che necessitano di trapianto combinato rene-fegato.
- **Cistinosi:** non controindicazioni. Potenziale recidiva; importante studiare gli altri apparati colpiti, che non migliorano dopo trapianto.

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

- **Malattia di Fabry:** non controindicazioni. Studio accurato dell’apparato cardiovascolare.
- **Malattia policistica:** non controindicazioni. È opportuno valutare accuratamente le possibili manifestazioni extrarenali come aneurismi cerebrali, valvulopatie cardiache, diverticolosi del colon, patologia cistica a livello epatico e pancreatico. La nefrectomia pre-trapianto può essere indicata in pazienti con episodi ricorrenti di macroematuria e/o di infezioni urinarie e in presenza di reni molto voluminosi. Nel caso eccezionale di grosso fegato policistico con ipertensione portale è opportuna valutazione epatologica e chirurgica per eventuale indicazione al doppio trapianto fegato-rene.

4.1.4. Malattie sistemiche

- **LES:** non controindicazioni assolute se la malattia non è in fase attiva da almeno 6 mesi - 1 anno. Valutazione accurata di eventuale compromissione cardiaca o di altri apparati.
- **Sclerodermia:** non controindicazione assoluta in assenza di grave compromissione di altri organi o apparati.
- **Mieloma, Malattia da Catene Leggere, Amiloidosi primitiva e secondaria, Febbre mediterranea familiare:** i pazienti in queste condizioni sono ad alto rischio di recidiva e di severe complicanze settiche dopo il trapianto. Qualche caso isolato può essere preso in considerazione, soprattutto se le manifestazioni extrarenali sono limitate.
- **Crioglobulinemia:** non controindicazioni assolute.
- **Vasculiti e Granulomatosi di Wegener:** non controindicazioni assolute se la malattia non è in fase attiva da almeno 1 anno.
- **Sindrome emolitico-uremica:** non controindicazioni assolute, anche se sono possibili recidive a volte scatenate da farmaci immunosoppressori.

4.1.5. Apparato urinario

L’ecografia renale o altri studi d’imaging e la cistografia retrograda e minzionale devono essere effettuati in tutti i pazienti sottoposti a valutazione per trapianto renale. L’esame urodinamico è da riservare ai pazienti con sospetta vescica neurogena e può essere indicato in pazienti giovani con uremia terminale da causa sconosciuta. I pazienti con età superiore a 50 anni o con PSA totale > 4 ng/ml o con rapporto PSA Libero/Totale < 25% devono essere sottoposti ad esplorazione rettale ed ecografia prostatica trans-rettale. Riguardo alle vesciche piccole e disabitate da anni, su indicazione dell’Urologo, può essere richiesta una cateterizzazione per ginnastica vescicale pre-

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

trapianto. Indicazioni alla nefrectomia sono storia di pielonefrite con infezioni recidivanti, calcoli infetti, malattia policistica con reni molto voluminosi e/o episodi ricorrenti di infezioni e/o emorragia.

4.1.6. Apparato cardiovascolare

ECG ed ecocardiogramma da effettuare a tutti i pazienti.

È indicato un test da sforzo con imaging (Scintigrafia cardiaca con test al dipiridamolo oppure Ecocardiogramma con stress farmacologico) nei **pazienti con età anagrafica maggiore di 50 anni o, indipendentemente dall’età, in:**

- Pazienti con età dialitica >10 anni
- Pazienti con storia di cardiopatia ischemica (angina pectoris o infarto del miocardio) e/o eventi cerebrovascolari (TIA o ictus)
- Pazienti con segni clinici e/o di imaging di arteriopatia obliterante periferica (claudicatio intermittens, soffi vascolari, stenosi arteriose all’eco-doppler)
- Pazienti con storia di scompenso cardiaco
- Pazienti con ecocardio che mostra alterazioni della cinetica globale o segmentaria
- Tutti i pazienti diabetici
- Pazienti con storia significativa di fumo

La scintigrafia cardiaca al dipiridamolo può essere effettuata nei reparti di Medicina Nucleare delle strutture Ospedaliere di Reggio Calabria, Cosenza e Catanzaro. Qualora fosse necessario, i servizi di segreteria delle nefrologie di Reggio Calabria e Cosenza provvederanno direttamente alla prenotazione del test e stabiliranno, con le rispettive medicine nucleari, linee prioritarie per l’esecuzione dell’esame. I pazienti con test positivo e quelli con altissima probabilità di malattia coronarica, anche se con test negativo, devono essere sottoposti a valutazione cardiologica, coronarografia ed eventuale correzione pre-trapianto della/e stenosi arteriose.

Smettere di fumare è raccomandato a tutti i pazienti.

Molti studi suggeriscono che sintomi di angina e/o un infarto del miocardio negli ultimi 6 mesi sono forti predittori di complicanze peri-operatorie e pertanto impediscono l’esecuzione del trapianto. Sono controindicazioni assolute le coronaropatie polidistrettuali non aggredibili chirurgicamente e le cardiopatie dilatative gravi (eventualmente proponibili per trapianto combinato rene/cuore).

4.1.7. Valutazione vasi periferici

Lo studio del sistema vascolare aorto-iliaco-femorale è oggetto specificatamente della valutazione chirurgica pre trapianto. Esso dovrà essere condotto con Angio TC con ricostruzioni 3 D nei seguenti pazienti :

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

- pazienti con età anagrafica > 45 anni;
- pazienti con età dialitica > 5 anni;
- pazienti al 2° trapianto renale;
- pazienti con anamnesi positiva per fumo;
- pazienti con utilizzo delle vene femorali come accessi venosi temporanei/definitivi per dialisi;
- pazienti con evidenza di calcificazioni vascolari alla RX diretta addome;
- tutti i pazienti con Diabete Mellito;
- pazienti con evidenza eco color doppler di placche arteriosclerotiche in altri distretti (es. TSA)
- pazienti con storia di cardiopatia ischemica (seguita o meno da rivascolarizzazione coronarica);
- pazienti con pregressi eventi cerebrovascolari (TIA o Ictus);
- pazienti con segni clinici di arteriopatia obliterante periferica (es. claudicatio intermittens, soffi vascolari, stenosi arteriose all’ecolor doppler)

Se non coesiste alcuna delle indicazioni di cui sopra o altra indicazione del chirurgo durante la visita di immissione in lista, verrà accettato un esame Eco color doppler aorto-iliaco-bifemorale.

Sono controindicazioni assolute le severe vasculopatie periferiche. Non costituiscono controindicazione le varicosità venose che possono giovare di eventuale correzione chirurgica o richiedere terapia antitrombotica al momento del trapianto.

4.1.8. Disordini emocoagulativi

Dal momento che uno stato di ipercoagulabilità si osserva nel 15-20% dei pazienti in dialisi è necessario raccogliere un’anamnesi accurata focalizzata sulla storia di aborti spontanei o trombosi, inclusi episodi ricorrenti di chiusura della FAV ed eventuali problemi di trombosi vascolari in pregressi trapianti. In pazienti selezionati è utile il dosaggio dei fattori trombofilici: APC-R (activated protein C resistance), mutazione del gene del fattore V di Leiden, mutazione del gene della protrombina ed anticorpi antifosfolipidi.

Uno stato di ipercoagulabilità è raramente una controindicazione per il trapianto; è necessario, comunque, trattare tali pazienti con terapia anticoagulante durante e dopo il trapianto tenendo conto del fatto che tale terapia è associata ad un incremento del rischio di emorragia. Una particolare attenzione va riservata ai rari casi di patologia da anticorpi antifosfolipidi con pregressa storia di patologie catastrofiche che vanno accuratamente segnalati nella cartella sanitaria per inserimento in lista d’attesa per trapianto di rene.

4.1.9. Apparato gastrointestinale

Non ci sono controindicazioni assolute ma, eventualmente, temporanee. È necessario trattare la patologia ulcerosa gastro-duodenale, con eventuale terapia e profilassi dell’*Helicobacter Pylori* (test del respiro). In caso di litiasi della colecisti clinicamente silente è controversa l’indicazione alla

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

colecistectomia pre-trapianto che, invece, diventa indispensabile nei casi clinicamente conclamati, nei casi di pregressa pancreatite e nei casi di patologia potenzialmente ostruttiva.

Nei policistici, nei pazienti >50 anni e in quelli con familiarità per neoplasia del colon è indicata la Colonscopia.

4.1.10. Infezioni

In linea di massima le infezioni non costituiscono controindicazioni assolute ma devono essere chiarite e bonificate prima del trapianto. Esistono comunque situazioni diverse secondo la gravità del quadro:

4.1.10.1. HIV: Il programma di trapianto regionale non accetta pazienti HIV positivi. Gli stessi saranno informati sulla possibilità di inserimento in lista presso altri Centri che svolgono tale attività.

4.1.10.2. TBC: Tutti i pazienti candidati al trapianto renale devono essere indagati per l’esposizione al Micobatterio della Tuberculosis con un’accurata storia clinica che comprenda:

- ✓ storia di infezione o di malattia ed eventualmente il tipo e la durata del trattamento;
- ✓ contatto con pazienti con infezione attiva in famiglia o sul posto di lavoro
- ✓ eventuale esecuzione di test cutaneo (test di Mantoux)
- ✓ esposizione istituzionale o viaggi in aree geografiche dove la TBC è endemica.

Tutti i candidati al trapianto renale devono essere sottoposti al test di Mantoux, anche se vaccinati contro il bacillo di Calmette-Guerin (BCG). **Il test deve essere eseguito due volte.** Il secondo test deve essere eseguito 7-10 giorni dopo il primo per dirimere un eventuale effetto booster. Nei soggetti che hanno ricevuto nel passato il vaccino BCG e nei soggetti con pregressa positività alla tubercolina risalente a molti anni prima, può verificarsi all’effettuazione del test tubercolinico, una risposta negativa. Tuttavia il test cutaneo può stimolare la loro capacità di reagire alla tubercolina e causare una reazione positiva ai test successivi (effetto booster).

In ogni caso una infezione attiva tubercolare va sempre esclusa con una radiografia del torace poiché la tubercolosi in fase attiva in pazienti sintomatici è una controindicazione al trapianto.

Un paziente con tubercolosi polmonare attiva può essere considerato candidato al trapianto renale se in terapia attiva antitubercolare e se la ricerca di bacilli acidi nell’espettorato immediatamente prima del trapianto risulta negativa.

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

Iter diagnostico in pazienti con test di Mantoux positivo:

- ✓ eseguire Rx del torace
- ✓ se segni clinici e radiologici di TBC eseguire coltura dell’espettorato, broncoscopia e coltura del lavaggio bronco alveolare;
- ✓ se necessario eseguire altri esami diagnostici quali ecografia addominale (per determinare linfomegalie addominali) ed eventualmente biopsie linfonodali;
- ✓ In caso di TBC attiva deve essere intrapreso uno schema terapeutico antitubercolare.
- ✓ Il candidato al trapianto dovrebbe iniziare il trattamento antitubercolare per una infezione latente, rimanendo in lista attiva per trapianto e in caso di trapianto può completare il trattamento dopo il trapianto.

Iter diagnostico in pazienti con test di Mantoux negativo:

- ✓ Eseguire test QuantiFERON TB Gold test per escludere una eventuale anergia cutanea;
- ✓ Se QuantiFERON positivo procedere come per pazienti con Mantoux positiva;
- ✓ Se QuantiFERON negativo ma storia o sospetto clinico fondato di TBC procedere come Mantoux positiva;
- ✓ Se QuantiFERON negativo e non sussiste nessuna storia o sospetto clinico fondato di TBC procedere con il trapianto senza aspettare alcuna coltura se organo disponibile.

Indicazioni al trattamento per l’infezione tubercolare latente in candidati e riceventi un trapianto renale

- ✓ Test cutaneo positivo con lesione ≥ 5 mm o QuantiFERON positivo
- ✓ Storia di TBC latente non trattata
- ✓ Storia di contatto con soggetto affetto da TBC attiva
- ✓ Ricevente un organo da donatore con test cutaneo positivo, non terapizzato in passato.

Trattamento per l’infezione tubercolare latente in candidati e riceventi un trapianto renale

- ✓ Farmaco di scelta è l’isoniazide 5 mg/kg (per un massimo di 300 mg/die) per una durata di nove mesi; piridoxina orale da 25 a 50 mg/die.

4.1.10.3. EPATITE B: I pazienti HBsAg negativi, senza anticorpi anti Epatite B (HBsAb) devono essere vaccinati. In presenza di HBsAb e contemporanea assenza

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

dell’antigene B di superficie (HBsAg), deve comunque essere praticata la vaccinazione se HBsAb <10 IU/L.

I pazienti HBsAg positivi candidati al trapianto devono eseguire transaminasi, HBsAb e HBV-DNA per evidenziare una eventuale replicazione virale in atto.

I pazienti con malattia epatica attiva devono essere sottoposti a idonea terapia nel periodo pre-trapianto. Coloro i quali non rispondono al trattamento, sono ad alto rischio di progressione della malattia epatica dopo il trapianto ma possono ancora rimanere in lista attiva.

I pazienti HBV positivi ed i casi clinici dubbi devono essere riferiti all’infettivologo/epatologo per eventuale biopsia epatica ed altri accertamenti ritenuti utili. In caso di epatiti croniche molto aggressive o con segni di cirrosi, il trapianto di rene è controindicato. In questi casi è indicato il trapianto combinato rene/fegato.

In presenza di rischio elevato per cancro del fegato (pazienti con infezione cronica da HBV) è necessaria ecografia epatica e dosaggio dell’alfa-fetoproteina sia per l’inserimento che per il mantenimento (ogni sei mesi) in lista d’attesa per trapianto di rene.

4.1.10.4. EPATITE C: i pazienti candidati al trapianto renale con anticorpi anti-HCV devono effettuare la ricerca dell’HCV-RNA; tale esame va eseguito anche in caso di evidenza di malattia epatica senza anticorpi anti-HCV.

I pazienti HCV-RNA positivi anche senza alcuna evidenza di cirrosi devono essere riferiti allo specialista infettivologo/epatologo per eventuale biopsia epatica e terapia pre-trapianto. I pazienti HCV positivi possono ricevere un rene da donatori HCV positivi previo consenso che va confermato dal paziente al momento della disponibilità dell’organo.

In presenza di rischio elevato per cancro del fegato (pazienti con infezione cronica da HCV) è necessaria valutazione con ecografia e dosaggio dell’alfa-fetoproteina sia per l’inserimento che per il mantenimento (ogni sei mesi) in lista d’attesa per trapianto di rene.

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

4.1.11. Vaccinazioni: è consigliabile ogni anno per tutti i pazienti la vaccinazione anti influenzale. Per i pazienti splenectomizzati è indicato un ciclo di vaccinazione anti pneumococco. Nei pazienti negativi per anticorpi anti Varicella Zoster è indicata la vaccinazione. È consigliabile praticare la vaccinazione per l’epatite B già nelle fasi iniziali della malattia renale cronica e con doppia dose per aumentare la possibilità di risposta anticorpale. Per i pazienti che non producono anticorpi a titolo protettivo (>10 IU/L) é consigliato un secondo ciclo di vaccinazione.

Le vaccinazioni previste devono essere somministrate precocemente nel corso della malattia renale cronica in quanto la risposta immunitaria è sicuramente superiore quando la funzione renale è migliore.

4.1.12. Neoplasie: Sono da escludere i quadri con localizzazione secondaria. Se il tumore è stato trattato e non presenta segni di recidiva, il candidato può essere ritenuto idoneo, una volta osservato un follow-up variabile da 2 a 5 anni, diverso per ogni forma, su indicazione dell’oncologo. Il tempo d’attesa varia in rapporto al tipo e allo stadio del tumore e alla risposta alla terapia (vedi punto **4.6 Appendice Neoplasie**).

4.1.13. Apparato respiratorio: È fondamentale l’astensione dal fumo di tabacco, che rappresenta comunque un importante fattore di rischio. È necessaria la spirometria in tutti i fumatori e nei pazienti con storia di asma e/o broncopneumopatie croniche, per i quali si raccomanda opportuno programma terapeutico. Può determinare l’esclusione dal trapianto la presenza di gravi alterazioni respiratorie non suscettibili di efficace trattamento.

4.1.14. Patologia neurologica e psichiatrica:

Le gravi lesioni cerebrali congenite o acquisite costituiscono controindicazione assoluta. Deficit neurologici periferici isolati non costituiscono controindicazione, salvo che non siano espressione di malattie evolutive a prognosi sfavorevole, da valutare caso per caso. In caso di TIA o altri eventi clinici cerebrovascolari è necessario porre in atto un adeguato programma diagnostico e terapeutico (se necessario anche chirurgico) a cui deve seguire un periodo di osservazione clinica non inferiore a 6 mesi in cui il paziente sia completamente asintomatico. Nei soggetti portatori di rene policistico autosomico dominante che hanno una storia familiare di aneurismi cerebrali ed in quelli che hanno avuto un precedente episodio di sanguinamento cerebrale, è indicato un controllo TAC o RMN ogni 5 anni. Sono da escludere i candidati con deficit psichici gravi, mentre possono essere considerati idonei pazienti collaboranti, ben seguiti dalla famiglia.

Etilismo e tossicodipendenza sono causa di esclusione; possono comunque essere presi in considerazione casi accertati di riabilitazione seguiti nel tempo.

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

Il paziente epilettico necessita di un’attenta valutazione neurologica per l’interferenza tra alcuni farmaci antiepilettici e il metabolismo degli inibitori della calcineurina ai fini di valutare la sospensione o la sostituzione dei farmaci neurologici.

4.1.15. Progressi interventi

In generale, interventi chirurgici pregressi devono essere adeguatamente documentati.

In caso di 2° trapianto la nefrectomia non é generalmente indicata tranne che in quei pazienti con rigetto in atto.

4.1.16. Riepilogo Controindicazioni

- Infezioni attive
- Epatopatia evolutiva - cirrosi
- Malattie sistemiche attive
- Neoplasie metastatizzate
- Insufficienza cardiaca e vascolare grave
- Anomalie vescicali gravi non correggibili
- Persistenti disordini della coagulazione
- Ritardo mentale severo
- Problemi psico-sociali gravi (etilismo, tossicodipendenza, demenza, psicosi)
- Malattia neuro-psichica grave mancante di supporto familiare adeguato

4.2. Compilazione della cartella sanitaria per il trapianto di rene:

4.2.1. Condizioni di accettazione del paziente:

L’iscrizione in lista d’attesa per trapianto di rene da donatore cadavere è consentita a condizione che il paziente sia già sottoposto a trattamento dialitico.

I pazienti con età inferiore a 18 anni sono considerati “pazienti pediatrici” e, quindi, iscritti nella lista unica nazionale.

4.2.2. Dati anagrafici e dialitici del paziente:

- Questa parte va compilata per esteso. In aggiunta alle note anamnestiche sintetiche deve essere fornita anamnesi dettagliata;
- Va specificato se è stata effettuata indagine bioptica relativa alla nefropatia di base e la relativa diagnosi;

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

- Vanno specificati eventi clinici rilevanti;
- Vanno specificati gli interventi chirurgici subiti (inclusi eventuali pregressi trapianti): è necessario ricevere idonea dettagliata documentazione ed eventuali referti istologici.

4.2.3. Dati immunologici

- ✓ La tipizzazione tissutale HLA deve essere eseguita presso un laboratorio accreditato.
- ✓ È di grande importanza, qualora il paziente sia stato già sottoposto a trapianto presso altri Centri, allegare alla scheda la tipizzazione del donatore precedente.
- ✓ Sono molto utili le notizie riguardanti vaccinazioni, gravidanze/aborti e trasfusioni.

4.2.4. Protocollo esami per inserimento in lista trapianto:

- ✓ Gruppo AB0 (due determinazioni eseguite in date diverse);
- ✓ Tipizzazione Tissutale HLA e Ricerca Anticorpi Linfocitotossici (non appena disponibile il referto con l’HLA verrà trasmesso via fax, con allegata notifica di avvenuta ricezione, al Centro dialisi che ne ha fatto richiesta. La notifica, ai fini della sicurezza e della tracciabilità, dovrà essere restituita immediatamente al laboratorio di Tipizzazione Tissutale via fax al numero 0965 393200);
- ✓ Emocromo, Fibrinogeno, PT (INR), PTT (INR), Na, K, Transaminasi, Gamma GT, Bilirubina, Glicemia, colesterolo, trigliceridi, azotemia, creatinemia, prot. totali ed elettroforesi proteica;
- ✓ Ca, P, Fosfatasi Alcalina, PTHi. È raccomandabile che i pazienti in lista di attesa per trapianto abbiano un controllo ottimale del metabolismo calcio-fosforo in quanto, una severa ipercalcemia e livelli estremamente elevati di PTHi potrebbero determinare l’esclusione del paziente al momento della selezione per trapianto;
- ✓ HbA1c nei pazienti diabetici;
- ✓ Urinocoltura (2 controlli);
- ✓ Markers Epatite B: HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAg, HBeAb;
- ✓ Anti-HCV; Anti-HIV; Anti-CMV (IgG, IgM); Anti-TOXOPLASMA; Anti-EBV; VDRL; Mantoux; Anti-VZV (IgG, IgM).
- ✓ Nei pazienti HBsAg Positivi ricerca dell’HBV DNA;
- ✓ Nei pazienti HCV Positivi ricerca HCV RNA quantitativa e determinazione del genotipo; tale indagine va eseguita anche nei pazienti con evidenza di malattia epatica ma senza anticorpi anti-HCV.
- ✓ ECG (con copia tracciato);
- ✓ ECOCARDIOGRAFIA con valutazione della frazione d’ieiezione (FE);
- ✓ Stress test con imaging in pazienti a rischio (vedi dettaglio in par. 4.1.6);

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

- ✓ RX Torace
- ✓ RX Addome (per calcificazioni vascolari)
- ✓ RX scheletro (cranio, rachide, bacino, spalla, mani, piedi)
- ✓ Rx Arcate Dentarie
- ✓ EGDS
- ✓ RX Cistografia retrograda e minzionale (capacità vescicale, reflussi, residuo post-minzione)
- ✓ Eco Addome (reni, fegato e vie biliari, pancreas);
- ✓ Fundus Oculi;
- ✓ Visita ORL (se indicata);
- ✓ Visita dermatologica (se indicata e con particolare attenzione ai casi di neoplasie cutanee e di melanoma);
- ✓ Visita Odontoiatrica;
- ✓ Visita Ginecologica + Pap Test ;
- ✓ Angio TC 3D aorto-iliaco-femorale/ecodoppler aorto-iliaco-femorale (vedi paragrafo 4.1.7);
- ✓ Eco-Doppler TSA;
- ✓ Mammografia (> 40aa);
- ✓ Colonscopia nei policistici, nei pazienti >50 anni e in quelli con familiarità per neoplasia del colon;
- ✓ Spirometria (vedi dettaglio in par. 4.1.13);
- ✓ PSA Totale: per gli uomini al di sopra dei 50 anni
- ✓ PSA Totale e Libero/Totale: quando il PSA Totale supera il valore soglia
- ✓ Ecografia prostatica trans-rettale: per pazienti d’età superiore a 50 anni o con livelli di PSA totale > 4 ng/ml o con rapporto PSA Libero/Totale < 25%
- ✓ Ecografia Tiroide e Paratiroidi.

N.B.: in caso di presenza di patologia concomitante già accertata, il Medico del Centro Dialisi, potrà programmare, a sua discrezione, eventuale completamento diagnostico inviandone documentazione.

4.3. Inserimento in lista di attesa

Il Referente del Centro dialisi:

1. inserirà tutti i dati del paziente nel sistema LURTO UN, compresi tutti gli esami di laboratorio e strumentali indispensabili ai fini dell’iscrizione stessa. Non sarà possibile la valutazione di pazienti, se i dati degli stessi non saranno disponibili in LURTO al momento della richiesta di visita per inserimento in LAT rene;

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

2. trasmetterà la richiesta di visita per inserimento in lista d’attesa per trapianto di rene (R75-02-19CRT) ai nefrologi ed ai chirurghi del Polo Trapianti di afferenza e, per garantire la tracciabilità della stessa, contestualmente anche al Centro Regionale Trapianti. Il Polo trapianti di afferenza risponderà entro 15 giorni tramite fax fissando l’appuntamento massimo entro due mesi dalla data della richiesta (R75-02-20CRT).

a. **Polo Trapianti di Cosenza:**

- **Dr.ssa Teresa PAPALIA – Dr. Gianmario GAGLIARDI**
Fax 0984 73152 – 73156
- **Dr. Sebastiano VACCARISI**
Fax 0984 23625

b. **Polo Trapianti di Reggio Calabria:**

- **Dr. Francesco Diego DELFINO – Dr. Francesco CAMBARERI**
Fax 0965 397000
- **Dr. Edoardo Sgrò**
Fax 0965 397996

c. **Centro Regionale Trapianti:**

- **Dr.ssa Cinzia DEGLI ESPOSITI**
Fax n. 0965 397984

Il paziente si presenterà presso la sede del Polo Trapianti per essere sottoposto a visita nefrologica e chirurgica (sono necessarie pertanto 2 impegnative per visita nefrologica e visita chirurgica) portando con sé la cartella sanitaria per l’inserimento in lista compilata in ogni sua parte dal Referente del centro dialisi di provenienza, le fotocopie dei referti degli esami strumentali e di laboratorio obbligatori (compresi emogruppo ed HLA) e le radiografie in visione (cistografia, rx torace, diretta addome e altre eventuali indagini).

Una volta concluso l’iter di valutazione, il Polo Trapianti di afferenza del paziente compilerà le seguenti RegISTRAZIONI:

1. R75-2-25CRT se il paziente è Idoneo;
2. R75-02-37CRT se il paziente Non è Idoneo (temporaneamente o definitivamente);

In caso di idoneità il Centro Regionale Trapianti provvederà all’iscrizione del paziente in lista attiva (R75-02-25CRT). Alla richiesta dovranno essere allegate copie dei referti originali della tipizzazione HLA e del gruppo sangue (due determinazioni eseguite in date diverse) nelle quali devono essere ben leggibili anche i dati anagrafici del paziente e la data di refertazione. È indispensabile in questa fase l’immediato primo invio, se non ancora effettuato, del siero del paziente per la ricerca di anticorpi anti-HLA di classe I e II presso il Laboratorio di Tipizzazione

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

Tissutale - Azienda Ospedaliera "BMM" - Via Melacrino - 89125 Reggio Calabria - Tel. 0965 393200 - 02 - 05 - 06 - 08 Fax 0965 393200. Il mancato invio siero non consentirà l'esecuzione delle prove crociate in occasione di eventi donativi per cui i pazienti, anche se selezionati, verranno esclusi dal trapianto.

Il Centro Regionale Trapianti inserirà, quindi, i dati relativi all'emogruppo ed all'HLA nel sistema LURTO (R75-02-17CRT), validerà l'iscrizione e trasmetterà l'attestazione dell'avvenuto inserimento in lista attiva al Polo Trapianti di afferenza, al Centro Dialisi di provenienza del paziente e per conoscenza anche al laboratorio HLA di Reggio Calabria ed allo stesso paziente con allegata notifica di avvenuta ricezione. La stessa (R75-02-8CRT), ai fini della sicurezza e della tracciabilità, dovrà essere restituita immediatamente al CRT dal Polo Trapianti di afferenza e dal Centro Dialisi di provenienza del paziente.

La documentazione cartacea completa deve essere archiviata presso il Polo Trapianti di afferenza.

4.4. Mantenimento in lista d’attesa

4.4.1. Aggiornamento immunologico:

I pazienti iscritti in lista di attesa e idonei al trapianto dovranno inviare, con periodicità trimestrale, campioni di siero per la ricerca di anticorpi anti-HLA di classe I e II per testare la compatibilità in caso di selezione per trapianto renale presso il:

Laboratorio di Tipizzazione Tissutale

c/o OO.RR. Azienda Ospedaliera "BMM"

Via Melacrino - 89125 Reggio Calabria

Tel. 0965 393200 - 02 - 05 - 06 - 08 Fax 0965 393200

Indipendentemente dalla scadenza trimestrale è necessario inviare, inoltre, un campione di siero dieci giorni dopo ogni eventuale trasfusione.

Il periodo stabilito per la raccolta dei sieri è dall'1 al 15 dei mesi di Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre, allegando impegnativa, con la dicitura "ricerca anticorpi linfocitotossici", in cui deve essere ben leggibile il codice fiscale e l'indirizzo del paziente. Il confezionamento prevede l'utilizzo di un sistema a due involucri così configurato:

1. Recipiente primario: n° 2 provette tipo RIA (11x70mm), contenenti ciascuna 1.5 cc di siero, etichettate e con tappo rinforzato da parafilm.

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

2. Recipiente esterno: è un contenitore di materiale resistente, impermeabile a tenuta stagna, adatto a contenere il recipiente primario. All’esterno di esso devono essere applicati i dati riguardanti il destinatario e il mittente.

Gli standard internazionali prevedono che il prelievo non sia stato eseguito da più di 3 mesi, per cui è particolarmente importante la periodicità trimestrale dell’invio dei sieri, condizione determinante per il mantenimento in lista. Il Laboratorio di Tipizzazione tissutale, alla scadenza del periodo previsto (1-15 Gennaio, 1-15 Aprile, 1-15 Luglio, 1-15 Ottobre) e, comunque, subito prima di effettuare l’indagine richiesta, aggiornerà in LURTO l’elenco nominativo dei pazienti di cui ha ricevuto il siero ai fini del loro mantenimento in lista d’attesa e ne darà comunicazione al CRT.

Il mancato invio sieri non consentirà l’esecuzione delle prove crociate in occasione di eventi donativi per cui i pazienti, anche se selezionati, verranno esclusi dal trapianto. Di tale situazione il Centro Regionale Trapianti dà comunicazione al Direttore ed al Referente del Centro dialisi di provenienza ed al Responsabile del Polo Trapianti di afferenza (R75-02-21CRT). Si segnala che un ulteriore e consecutivo mancato invio determinerà la richiesta (R75-02-22CRT) al centro dialisi che ha in cura il paziente della trasmissione al CRT della registrazione relativa alla variazione delle condizioni cliniche (R75-02-12CRT), necessaria per la temporanea sospensione del paziente dalla lista attiva.

4.4.2. Aggiornamento clinico-strumentale:

Per i pazienti in lista di attesa di trapianto i Referenti dei centri dialisi dovranno aggiornare ogni 6 mesi (aprile ed ottobre) i dati clinici in LURTO. Qualsiasi comunicazione relativa a variazioni dello status del paziente in lista deve essere trasmessa immediatamente al Polo Trapianti di riferimento e, per conoscenza, anche al Centro Regionale Trapianti utilizzando l’apposita scheda (R75-02-12CRT).

- a. Polo Trapianti di Cosenza fare riferimento a:

Dr.ssa Teresa PAPALIA – Dr. Gianmario GAGLIARDI

U.O. Nefrologia, Dialisi e Trapianto - Azienda Ospedaliera di Cosenza - P. O. "Annunziata"

Via Migliori, 1 - 87100 Cosenza

Tel. 0984 681506 - 504 - 513 - 516 - 458 Fax 0984 73152 - 73156

- b. Polo Trapianti di Reggio Calabria fare riferimento a:

Dr. Francesco Diego DELFINO – Dr. Francesco CAMBARERI

U.O. Nefrologia e Dialisi Azienda Ospedaliera "BMM" - OO.RR.

Via Melacrino 89125 Reggio Calabria

Tel. 0965 393225 - 3264 - 7004 - 7006 Fax 0965 397000

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

c. Centro Regionale Trapianti

Dr.ssa Cinzia DEGLI ESPOSITI

Fax 0965 397984

I pazienti di cui non vengono inviati con regolarità i campioni di siero e/o gli aggiornamenti clinico-strumentali **non potranno essere sottoposti a cross-match pre-trapianto**. Il Responsabile e il Referente del Centro dialisi ed il responsabile del Polo Trapianti di afferenza saranno avvisati dal Centro Regionale Trapianti per il mancato invio sieri (R75-02-21CRT e R75-02-22CRT), mentre il Responsabile e il Referente del Centro dialisi saranno avvisati dal Polo Trapianti di afferenza per il mancato aggiornamento clinico-strumentale (R75-02-26CRT).

4.4.3. **Trasmissione elenco pazienti in Lista d’attesa per trapianto rene**

Per una corretta gestione della lista d’attesa per trapianto di rene, il laboratorio di Tipizzazione inserirà i PRA in LURTO entro e non oltre 60 giorni dalla scadenza del periodo previsto per l’invio e ne darà comunicazione al CRT che trasmetterà a ciascun centro dialisi l’elenco dei pazienti in lista attiva (R75-2-23CRT Report pazienti in lista di attesa).

A riprova che la notifica del suddetto elenco sia andata a buon fine, i referenti dei centri dialisi dovranno restituire immediatamente via fax il modello di avvenuta ricezione regolarmente firmato e timbrato (R75-2-23CRT pag. 2).

4.5. **Periodicità degli aggiornamenti:**

L’aggiornamento clinico prevede che il candidato al trapianto esegua:

- ✓ **Anticorpi anti-HLA di classe I e II:** ogni tre mesi;
- ✓ **Esami di laboratorio:** non superiori a 6 mesi - PTH, glicemia, colesterolo, trigliceridi, emocromo, coagulazione (PT con INR, PTT e Ratio, Fibrinogeno), ferritinemia, calcemia, fosforemia, transaminasi, bilirubina, fosfatasi alcalina, gammaGT, proteina totali ed elettroforesi, markers virali (HBsAg, HBaAb con titolo, HBcAb, HBeAg, HBeAb, anti-HCV, anti-CMV, HIV, sierologia Toxo e anti-EBV, Mantoux e VDRL);

Nei pazienti HBsAg positivi HBV DNA - Nei pazienti anti-HCV positivi HCV RNA

- ✓ **Visite specialistiche:** se motivate;
- ✓ **Visita oculistica e odontoiatrica con rx arcata dentaria:** esame di non oltre 3 anni;
- ✓ **Rx Torace:** se ci sono indicazioni cliniche;
- ✓ **ECG:** ogni anno;
- ✓ **Ecocardiogramma con F.E.:** se asintomatico ogni due anni;
- ✓ **Ecografia addome:** se non ci sono indicazioni cliniche ogni 2 anni;
- ✓ **Ecografia tiroide e paratiroidi:** esame di non oltre 2 anni

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

- ✓ **EGDS:** se ci sono le indicazioni cliniche;
- ✓ **Scintigrafia miocardica con test al dipiridamolo:** solo su indicazione specifica:

Pazienti di età >50 anni o indipendentemente dall’età:

- Pazienti con età dialitica > 10 anni
- Pazienti con storia di angina o infarto o ictus o TIA
- Pazienti con segni clinici di arteriopatia (claudicatio, soffi vascolari)
- Pazienti con segni di arteriopatia all’eco doppler dei TSA e vasi arti inferiori
- Pazienti con storia di scompenso cardiaco
- Pazienti con ecocardio che mostra alterazioni della cinetica
- Tutti i diabetici

NB: se la situazione locale è tale da non rendere possibile l’esecuzione della scintigrafia miocardica col test al dipiridamolo né dell’eco-stress, è possibile farlo a Reggio Calabria in tempi relativamente brevi. Se la prima scintigrafia miocardica con test al dipiridamolo dovesse risultare negativa è sufficiente ripetere l’esame ogni tre anni.

- ✓ **Ecocolordoppler vasi collo, addome-pelvi, iliaco-femorale e Angio Tac addome-pelvi con ricostruzioni coronali:** se non ci sono indicazioni cliniche ogni 2 anni;
- ✓ **Visita ginecologica con eco + PAP test:** ogni donna tra i 25 e i 64 anni – come raccomandato dallo stesso Piano Sanitario Nazionale - deve sottoporsi al test una volta ogni tre anni;
- ✓ **Mammografia:** la frequenza dell’esame dipende dall’età e dalla presenza di eventuali fattori di rischio (storia familiare e/o presenza di mutazione BRCA1 e BRCA2). Al di sopra dei 40 anni l’esame deve essere ripetuto ogni 1-2 anni;
- ✓ **PTHi** ogni sei mesi, avendo cura di indicare il range di normalità relativo al kit di laboratorio (Vedi Paragrafo 4.2.4);
- ✓ **PSA tot. e libero** (ogni anno se uomini di età > 50 anni);
- ✓ **Ecoprostate transrettale** se ci sono le indicazioni cliniche;
- ✓ **Cistografia:** con valutazione capacità in cc al massimo riempimento, residuo ed eventuale reflusso. Può essere accettato un esame di non oltre 2 anni nei pazienti anurici.
- ✓ **Spirometria ed eventuale EGA:** ogni 2 anni nei fumatori o pazienti con BPCO;
- ✓ **Colonscopia:** dall’età di 50 anni è consigliabile lo screening con la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) ogni 12-24 mesi. Se il SOF è positivo è obbligatoria la colonscopia, se negativo la colonscopia deve essere, comunque, praticata ogni 5 anni;
- ✓ **Visita periodica per mantenimento in Lista d’attesa:** ogni 2 anni.

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

È comunque indispensabile che i referenti di lista dei Centri di dialisi trasmettano tempestivamente al Polo Trapianti di afferenza le informazioni relative a qualsiasi variazione delle condizioni cliniche dei pazienti per eventi intercorrenti tali da determinare la loro sospensione dalla lista d’attesa.

4.6. APPENDICE SULLE NEOPLASIE

- I candidati al trapianto renale con una precedente storia di tumore maligno devono essere liberi da tumore prima di procedere con il trapianto renale (Grado A) e devono attendere un periodo di tempo variabile a seconda del tipo di neoplasia tra il trattamento del tumore ed il trapianto renale.
- I pazienti in corso di valutazione per il trapianto di rene, in particolare quelli oltre i 50 anni di età, devono essere sottoposti a screening pretrapianto per neoplasie in accordo alle linee guida sviluppate per la popolazione generale.
- I candidati al trapianto renale con una storia di carcinoma della vescica dovrebbero attendere 2 anni dal trattamento al trapianto renale, anche se lesioni superficiali di basso grado possono non richiedere alcun tempo di attesa.
- La cistoscopia di screening pre-trapianto deve essere considerata in pazienti ad alto rischio con pregresso uso di ciclofosfamide o in quelli con nefropatia da analgesici .
- I candidati al trapianto renale con una storia di tumore al seno dovrebbero attendere almeno 5 anni dal trattamento al trapianto, anche se i pazienti con diagnosi precoce di carcinoma in situ (ad esempio, carcinoma duttale in situ) possono essere sottoposti a uno-due anni di attesa.
- I pazienti con carcinoma mammario avanzato (stadio III o IV) non dovrebbero essere sottoposti a trapianto renale.
- I candidati al trapianto renale con una storia di neoplasia della cervice uterina trattato con successo e localizzato dovrebbero attendere almeno due anni dal trattamento al trapianto. Non esistono evidenze per porre raccomandazioni per i pazienti con cancro cervicale invasivo. I Pazienti con lesioni cervicali in situ possono procedere con il trapianto renale dopo aver atteso almeno 2 anni.
- I candidati al trapianto renale con una storia di tumore del colon-retto devono attendere almeno 5 anni dal trattamento al trapianto, anche se una attesa più breve (tempo di 2-5 anni) può essere sufficiente in pazienti con malattia localizzata (stadio di Duke A o B1).
- I candidati al trapianto renale con una storia di linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, PTLD o leucemia dovrebbero attendere almeno 2 anni dal trattamento al trapianto.
- I candidati al trapianto renale con una storia di cancro al polmone devono attendere almeno 2 anni dal trattamento al trapianto.
- I candidati al trapianto renale con una storia di melanoma devono attendere almeno 5 anni dalla riuscita del trattamento al trapianto, sebbene in pazienti affetti da melanoma in situ si può considerare un periodo di attesa di 2 anni per il trapianto.

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

- I pazienti con mieloma multiplo non dovrebbero essere sottoposti a trapianto renale.
- I candidati al trapianto renale con una storia di carcinoma basocellulare della pelle non richiedono alcun tempo di attesa dopo l'escissione chirurgica per il trapianto renale. Non esistono evidenze per porre una raccomandazione su un periodo di attesa per i pazienti con una storia di carcinoma squamoso della cute.
- I candidati al trapianto renale con una storia di neoplasia prostatica dovrebbero attendere almeno 2 anni dal trattamento al trapianto, anche se i pazienti con lesioni focali, microscopiche a basso grado (grado di Gleason ≤ 3), ed a basso rischio (T1a, T1c) non richiedono alcun periodo di attesa . I pazienti con malattia in stadio avanzato (grado 4 o 5, T3c, T4, N +, M +) non dovrebbero essere sottoposti a trapianto renale.
- I candidati al trapianto renale con una storia di carcinoma a cellule renali devono attendere almeno 2 anni dal trattamento al trapianto, anche se i pazienti con piccoli tumori con riscontro occasionale possono non richiedere alcun periodo di attesa. I pazienti con tumori di grandi dimensioni (> 5 cm) o invasivi o sintomatici devono attendere almeno 5 anni prima del trapianto di rene.
- I candidati al trapianto renale con una storia di tumore di Wilms dovrebbero aspettare almeno 1 anno dal trattamento al trapianto.
- I candidati al trapianto renale con una storia di tumore testicolare dovrebbero attendere almeno 2 anni dal trattamento al trapianto.
- I candidati al trapianto renale con una storia di cancro della tiroide devono attendere almeno 2 anni dal trattamento al trapianto.

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO:

- Conferenza Stato Regioni 31 gennaio 2002
- Linee Guida Centro Nazionale Trapianti
- Linee Guida Centro Regionale Trapianti
- *S.Bunnapradist, G M. Danovitch* CORE CURRICULUM IN NEPHROLOGY Evaluation of Adult Kidney Transplant Candidates *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 50, No 5 (November), 2007: pp 890-898
- *G.Knoll, S. Cockfield, T. Blydt-Hansen, D. Baran, B. Kiberd, D. Landsberg, D.Rush, E.Cole* for The Kidney Transplant Working Group of the Canadian Society of Transplantation
Canadian Society of Transplantation: consensus guidelines on eligibility for kidney transplantation
CMAJ • November 8, 2005 • 173(10) | S25
- Linee Guida AIOM 2009
- IO75-02-1CRT - Verifica corretto inserimento emogruppo e tipizzazione HLA del ricevente
- IO75-02-2CRT - Gestione schede Registro Nazionale trapianti da donatore vivente
- Verbale Comitato Tecnico Regionale del 15 Dicembre 2016 (punto 2)

PO75-2-CRT – Inserimento e mantenimento in lista d’attesa per trapianto di rene

6. REGISTRAZIONI:

- **R75-2-1CRT** – Consenso informato all’inserimento in lista d’attesa per trapianto rene
- **R75-2-2CRT** – Consenso informato per l’utilizzo di donatori a rischio infettivo non valutabile
- **R75-2-3CRT** – Conferma consenso informato per l’utilizzo di donatori a rischio infettivo non valutabile
- **R75-2-4CRT** – Variazione status lista di attesa trapianto rene
- **R75-2-5CRT** – Consenso informato per allergie
- **R75-2-6CRT** – Consenso informato rischio complicanze tumorali
- **R75-2-7CRT** – Consenso informato al trattamento con sieri
- **R75-2-8CRT** – Comunicazione avvenuto inserimento in lista di attesa trapianto rene
- **R75-2-10CRT** – Consenso informato al trapianto renale da cadavere
- **R75-2-11CRT** - Aggiornamento clinico strumentale per i pazienti in lista di attesa per trapianto di rene
- **R75-2-12CRT** – Comunicazione variaz. condizioni cliniche del paz. in lista d’attesa per trapianto di rene
- **R75-2-13CRT** - Consenso informato scritto per l’utilizzo di donatori positivi per gli anticorpi diretti contro l’antigene core (HBcAb-IgG) del virus B dell’epatite (HBV) nel trapianto di rene
- **R75-2-14CRT** – Conferma consenso informato scritto per l’utilizzo di donatori positivi per gli anticorpi diretti contro l’antigene core (HBcAb-IgG) del virus B dell’epatite (HBV) nel trapianto di rene
- **R75-2-15CRT** - Consenso informato scritto per l’utilizzo di donatori affetti da meningite batterica, batteriemie o altre infezioni sistemiche nel trapianto di rene
- **R75-2-16CRT** - Conferma consenso informato scritto per l’utilizzo di donatori affetti da meningite batterica, batteriemie o altre infezioni batteriche sistemiche nel trapianto di rene
- **R75-2-17CRT** – Scheda CRT verifica corretto inserimento gruppo sangue e tipizzazione del ricevente
- **R75-2-18CRT** - Cartella sanitaria per inserimento in lista di attesa trapianto rene
- **R75-2-19CRT** - Richiesta visita per inserimento in lista di attesa per trapianto di rene
- **R75-2-20CRT** - Appuntamento visita per inserimento in lista
- **R75-2-21CRT** - Comunicazione primo mancato invio siero pazienti in lista di attesa trapianto rene
- **R75-2-22CRT** - Comunicazione secondo mancato invio siero
- **R75-2-23CRT** - Report periodico pazienti in lista d’attesa trapianto rene
- **R75-2-24CRT** - Richiesta visita per valutazione trapianto di rene da donatore vivente
- **R75-2-25CRT** - Richiesta del Centro Trapianti per inserimento in lista di attesa trapianto di rene
- **R75-2-26CRT** - Comunicazione mancato aggiornamento clinico strumentale pazienti in lista di attesa Tx rene
- **R75-2-27CRT** - Consenso informato scritto per pazienti con BMI >30
- **R75-2-28CRT** - Richiesta cancellazione dalla lista di attesa regionale per trapianto di rene
- **R75-2-29CRT** - Rifiuto inserimento in lista di attesa regionale per trapianto di rene
- **R75-2-30CRT** - Consenso informato scritto per l’utilizzo di donatori HBsAg positivi
- **R75-2-31CRT** - Conferma consenso informato scritto per l’utilizzo di donatori HBsAg positivi
- **R75-2-35CRT** - Consenso informato per l’utilizzo di donatori a criteri estesi (rene singolo o doppio)
- **R75-2-36CRT** - Conferma consenso informato per l’utilizzo di donatori a criteri estesi (rene singolo o doppio)
- **R75-2-37CRT** - Non Idoneità per inserimento in LAT rene

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>IO75-2-1CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGO il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>VERIFICA CORRETTO INSERIMENTO EMOGRUPPO E TIPIZZAZIONE HLA DEL RICEVENTE</p>	

L'inserimento sul sistema informatico LURTO (Lista Unica Regionale Trapianto Organi) del gruppo sanguigno e della tipizzazione HLA del paziente in lista d'attesa di trapianto deve essere eseguito dal Centro Regionale per i Trapianti dopo la consegna da parte del medico responsabile del Centro Trapianti di Rene di Reggio Calabria o di Cosenza di copia dei referti originali.

L'operatore del Centro Regionale per i Trapianti, autorizzato all'inserimento sul sistema LURTO del gruppo sanguigno e della tipizzazione del paziente in attesa di trapianto:

1. verifica che i dati anagrafici riportati sui referti trasmessi in copia dal responsabile del Centro Tx corrispondano effettivamente al paziente da inserire in lista d'attesa;
2. inserisce i dati relativi a gruppo sanguigno e tipizzazione sul sistema informatico LURTO e stampa la scheda con i dati appena inseriti (R75-02-17CRT);
3. firma la suddetta scheda;
4. fa firmare, per avvenuto controllo, un altro operatore autorizzato del CRT nell'apposito spazio previsto sulla stessa scheda e ne archivia una copia nell'apposita cartetta custodita in segreteria per come previsto dalle linee guida nazionali sulla sicurezza.

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>I075-2-2CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>GESTIONE SCHEDE REGISTRO NAZIONALE TRAPIANTI DA DONATORE VIVENTE</p>	

Il **Centro Trapianti di Rene** compila, in ogni sua parte, e trasmette al Centro Regionale Trapianti tramite fax (0965 397984):

- a) le schede 1 (Anagrafica), 2 (Donatore) e 3 (Ricevente), del **Registro Nazionale Trapianti da Donatore Vivente** predisposte dal CNT per la raccolta e la gestione dei dati relativi ai suddetti trapianti, almeno una settimana prima della data fissata per l'intervento;
- b) la scheda 4 (Prelievo/Trapianto) alle dimissioni del donatore e del ricevente;
- c) la scheda 5 (Follow-up) a 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi e successivamente a scadenza annuale.

Il Centro Regionale Trapianti:

- a) appone la data di ricezione delle schede nell'apposito spazio;
- b) invia le schede ricevute al Centro Interregionale OCST;
- c) archivia le schede;
- d) invia le schede di follow-up al Centro Interregionale.

Il Centro Interregionale di riferimento (OCST):

- a) appone la data di ricezione delle schede nell'apposito spazio;
- b) invia le schede ricevute al Centro Nazionale Trapianti;
- c) archivia le schede;
- d) invia le schede di follow-up al Centro Nazionale Trapianti.

	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-1CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Consenso informato all'inserimento in lista di attesa trapianto rene	

Centro Trapianti Rene di: _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. _____) residente a _____ (Prov. _____)
in via _____, affetto/a da insufficienza renale cronica
per _____, sottoposto/a a
trattamento dialitico presso il Centro di _____ dichiara di
acconsentire all'inserimento in lista di attesa per il trapianto renale, essendo stato edotto sui
seguenti argomenti:

- ✓ modalità di inserimento in lista attiva di trapianto
- ✓ giustificazioni di uno screening pre-trapianto approfondito
- ✓ esigenza di comunicare i cambiamenti di indirizzi, numeri telefonici, centro dialisi
- ✓ necessità di scambi d'informazioni cliniche, via fax o informatiche, sia tra il Centro dialisi ed il Centro Trapianti, che tra i Centri Trapianto della regione o interregionali ed il Centro Nazionale Trapianti, consapevole che tali informazioni verranno custodite in appositi dossier cartaceo e/o informatico nel rispetto della privacy
- ✓ possibilità di temporanea sospensione dalla lista attiva, su richiesta del paziente per problemi personali, o dal medico del centro dialisi, o dal medico del centro trapianti, per l'insorgenza di complicanze intercorrenti che richiedono approfondimento clinico, laboratoristico, strumentale, bonifiche
- ✓ modalità di chiamata per trapianto
- ✓ preparazione pre-operatoria
- ✓ sede e durata delle procedure chirurgiche e post-chirurgiche, della degenza in unità intensiva e in reparto
- ✓ problematiche relative alla degenza in terapia intensiva: vitto, mobilitazione, assistenza infermieristica continua, visite parenti
- ✓ significato della terapia immunosoppressiva, sue complicanze
- ✓ possibili complicanze post-trapianto (mediche, chirurgiche, rigetto, infezioni, neoplasie)
- ✓ possibile durata del trapianto e dei risultati del Centro Trapianti
- ✓ controlli periodici (visite ed esami) da eseguire presso il Centro Dialisi di appartenenza e presso il Centro Trapianti

In fede:

Data ____/____/____	Firma del paziente: Sig. _____
Data ____/____/____	Firma del medico: Dr. _____

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-2CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO</p>
	<p>Consenso informato per l'utilizzo di donatori a rischio infettivo non valutabile</p>	

Centro Trapianti Rene di: _____

PROTOCOLLO PER L'UTILIZZO DI DONATORI A RISCHIO INFETTIVO NON VALUTABILE

Io sottoscritto _____, sono stato esaurientemente informato dal Dott./Prof. _____ su quanto segue:

nonostante il notevole incremento del numero di donatori di organi registrato in Italia negli ultimi anni, la possibilità di soddisfare le richieste di trapianto rimane ancora insufficiente. Per aumentare le possibilità per tutti i pazienti di essere trapiantati, il Centro Nazionale Trapianti (CNT), nella riunione del 6 settembre 2007, ha approvato che siano proposti per trapianto gli organi prelevati da donatori che abbiano tenuto, nelle due settimane precedenti il decesso, comportamenti che notoriamente si associano ad elevato rischio per l'acquisizione di infezioni potenzialmente trasmissibili con il trapianto, inclusa l'infezione da HIV, non rilevabili anche dai più sofisticati esami di laboratorio.

Gli organi di tali donatori, possono essere utilizzati, dopo aver adeguatamente informato il paziente ed aver ottenuto il consenso informato scritto, per candidati al trapianto in condizioni salvavita o per le quali, a giudizio del clinico trapiantatore, è chiaro che il beneficio atteso risulti superiore al rischio di contrarre una infezione o per candidati che hanno già una infezione da HIV. Tale prassi è già in uso nel nostro Paese e in altre realtà quali gli Stati Uniti d'America.

Mi potrebbe essere proposto di effettuare il trapianto con un organo proveniente da un donatore che, pur essendo risultato negativo alle più sensibili indagini di laboratorio previste dalla legge, finalizzate all'evidenziazione di agenti infettivi potenzialmente trasmissibili con il trapianto e la cui positività renderebbe inaccettabile il donatore, ha tenuto nelle fasi precedenti il decesso un documentato comportamento a rischio di acquisizione di patologie infettive (inclusa l'infezione da HIV), non evidenziabili dalle più sofisticate indagini di laboratorio. E' noto infatti che i test biomolecolari per la ricerca del virus HIV si positivizzano mediamente a distanza di 2 settimane dall'avvenuto contagio. Sono informato che, a causa delle mie attuali condizioni di salute, il beneficio atteso dal trapianto è superiore al rischio di contrarre una malattia infettiva. Dovrò quindi sottopormi, dopo il trapianto, ad accertamenti clinici e microbiologici che possano rilevare precocemente l'eventuale comparsa di infezioni attribuibili alla donazione.

Sono informato che, anche nell'eventualità di documentata trasmissione di agenti infettivi dal donatore, inclusa l'infezione da HIV, vi è la possibilità di mettere in atto le cure del caso.

La partecipazione a questo programma è del tutto volontaria e non implica alcuno svantaggio nell'assegnazione degli organi dal momento che potranno essermi proposti anche organi provenienti da donatori a rischio standard. So che potrò ritirare la mia adesione al programma in ogni momento senza che questo possa pregiudicare il proseguimento delle cure mediche o la eventuale assegnazione di un organo.

Ho compreso i contenuti del programma che mi è stato sottoposto e ho avuto risposte chiare ed esaurienti alle mie domande. Con la sottoscrizione di questo Consenso Informato accetto di essere inserito in questo programma.

Data ____/____/____ Firma del paziente: Sig. _____

Data ____/____/____ Firma del medico: Dr. _____

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-3CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Conferma consenso informato per l'utilizzo di donatori a rischio infettivo non valutabile	

Centro Trapianti Rene di _____

PROTOCOLLO PER L'UTILIZZO DI DONATORI A RISCHIO INFETTIVO NON VALUTABILE

Da sottoscrivere al momento della disponibilità dell'organo per il trapianto

Io sottoscritto _____ sono stato informato dal Dott./Prof. _____ che è oggi disponibile un organo da donatore che, pur essendo risultato negativo alle più sensibili indagini di laboratorio previste dalla legge, finalizzate all'evidenziazione di agenti infettivi potenzialmente trasmissibili con il trapianto e la cui positività renderebbe inaccettabile il donatore, ha tenuto nelle fasi precedenti il decesso comportamenti a rischio di acquisizione dell'infezione da HIV o di altre patologie trasmissibili, non rilevabili anche dai più sofisticati esami di laboratorio.

Confermo la mia disponibilità ad essere trapiantato con l'organo prelevato da tale donatore e ad aderire al programma di sorveglianza che mi verrà prospettato.

Data ____/____/____

Firma del paziente: Sig. _____

Data ____/____/____

Firma del medico: Dr. _____



**Variazione status
lista di attesa trapianto rene**

Polo Trapianti Rene di _____

Centro Regionale Trapianti
Az. Osp. Reggio Calabria

Referente lista di attesa Trapianto

Centro Dialisi di _____

e p.c

Sig. XXXXXXXXXXXXXXX

Via XXXXXXXXXXXXXXX

(Città)

Si comunica per il Sig/a _____ nato/a il _____

a _____ (Prov. _____) e residente a _____

(Prov. _____) in via _____, in trattamento dialitico presso il Centro Dialisi di

_____ la seguente variazione dello status in lista di attesa:

Idoneo (è obbligatorio indicare il case mix):

0 Standard

1 Lieve

2 Intermedio

3 Elevato

Temporaneamente sospeso per: _____

È obbligatorio indicare il case mix:

0 Standard

1 Lieve

2 Intermedio

3 Elevato

Escluso per:

Decesso (data _____);

Definitivamente Sospeso;

Paziente rifiuta il trapianto;

Trapianto (data _____, Centro Trapianti _____);

È obbligatorio indicare il case mix:

0 Standard

1 Lieve

2 Intermedio

3 Elevato

Altre cause (specificare) _____

Data: ____/____/____

Firma del medico: Dr. _____



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**Variazione status
lista di attesa trapianto rene**

R75-2-4CRT
Rev. 3 del 05.11.2015
Pagina 2 di 2
Emesso RGQ il 22.02.10
Approvato DUO

Modello di Avvenuta Ricezione

(Da restituire al Polo Trapianti debitamente compilato
da parte del Centro Regionale Trapianti e del Centro Dialisi)

A: Polo Tx Rene di _____	Da	Centro Regionale Trapianti: Dr. _____ Referente LAT dialisi di: _____ Dr. _____
Fax:	Pag.	1
Tel:	Data	

Dichiaro di avere ricevuto e presa visione della R75-02-4CRT relativa alla comunicazione della
variazione di status del Sig. _____.

La stessa è stata recepita nel contenuto dal sottoscritto.

Data

Timbro e Firma

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-5CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO</p>
	<p>Consenso informato per allergie</p>	

Centro Trapianti Rene di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____ (prov. _____)

in dialisi presso il Centro di _____

- dichiara di non aver mai manifestato alcuna sintomatologia di tipo allergico a seguito dell'assunzione di farmaci o mezzo di contrasto iodato (prurito, arrossamento cutaneo, pomfi, difficoltà di respirazione).

- dichiara di aver manifestato i seguenti disturbi:

a seguito dell'assunzione dei seguenti farmaci (incluso mezzo di contrasto)

Data: ____/____/____

Il paziente: Sig. _____

Il medico: Dr. _____

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-6CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO</p>
<p>Consenso informato rischio complicanze tumorali</p>		

Centro Trapianti Rene di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov.____) e residente a _____
(Prov.____) in via _____, affetto/a da insufficienza renale
cronica in trattamento dialitico presso il Centro di _____ chiede
di essere sottoposto/a a trapianto renale presso il Centro di _____.

Dichiara di essere stato informato/a in termini chiari e comprensibili del rischio
generico di complicanza tumorale, per effetto della terapia immunosoppressiva, e di essere
stato informato che nel caso di precedenti anamnestici di neoplasie trattate, la suddetta
terapia immunosoppressiva aumenta il rischio di recidiva post-trapianto.

Data ____/____/____

Il paziente Sig. _____

Il medico Dr. _____

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-7CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGO il 22.02.10 Approvato DUO
	Consenso informato al trattamento con sieri	

Centro Trapianti Rene di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. _____) e residente a _____
(Prov. _____) in dialisi presso il Centro di _____

acconsente al trattamento con anticorpi antilinfocitari policlonali essendo stato informato dai sanitari delle finalità d'impiego del preparato (prevenzione e terapia del rigetto acuto del trapianto di rene), e dei possibili effetti collaterali.

Acconsente, inoltre, al trattamento con anticorpi monoclonali anti IL-2 recettori, essendo stato informato delle finalità, dei benefici e dei rischi di tale terapia (allergie e/o effetti collaterali).

Data ____/____/____

Il paziente Sig. _____

Il medico Dr. _____

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-8CRT Rev. 2 del 05.11.2015 Pagina 1 di 2 Emesso RGO il 22.02.10 Approvato DUO
	Comunicazione avvenuto inserimento in lista di attesa trapianto rene	

Prot. n. XX/CRT del XX/XX/XXXX

Responsabile Polo Trapianti Rene di _____

Referente lista d'attesa trapianto centro dialisi di _____

e p.c Responsabile Laboratorio HLA
Az. Osp. Reggio Calabria

e p.c Sig. XXXXXXXXXXXXXXX
Via XXXXXXXXXXXXXXX
(Città)

Oggetto: Avvenuto inserimento in lista di attesa per trapianto di rene.

Si comunica che il Sig. XXXXXXXX XXXXXXXX, nato a XXXXXXXX (XX) il XX/XX/XXXX, sottoposto a trattamento dialitico presso il Centro di XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, è stato inserito nella lista d'attesa per il trapianto renale da donatore cadavere in data odierna con lo status di Idoneo Standard.

Si sollecita l'immediato invio, se non ancora effettuato, del primo campione di siero del paziente per la ricerca di anticorpi anti-HLA di classe I e II e si ricorda che tutti i pazienti iscritti in lista di attesa dovranno inviare campioni di siero con periodicità trimestrale presso:

**Laboratorio di Tipizzazione Tissutale
c/o OO. RR. Azienda Ospedaliera "BMM"
Via Melacrino - 89125 Reggio Calabria**

Tel. 0965 393200 - 02 - 04 - 05 - 06 - 08 Fax 0965 393203 - 07

Il periodo fissato per la raccolta dei sieri è dal 1 al 15 dei mesi di Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre, allegando impegnativa per "**ricerca anticorpi linfocitotossici**", in cui deve essere ben leggibile il codice fiscale e l'indirizzo. Il confezionamento prevede l'utilizzo di un sistema a due involucri così configurato:

1. Recipiente primario: n° 2 provette tipo RIA (11x70mm), contenenti ciascuna 1.5 cc di siero, etichettate e con tappo rinforzato da parafilm.
2. Recipiente esterno: contenitore di materiale resistente, impermeabile a tenuta stagna, adatto a contenere il recipiente primario. All'esterno di esso devono essere applicati i dati riguardanti il destinatario e lo spedite.

Per i pazienti in lista di attesa di trapianto i Referenti dei centri dialisi dovranno aggiornare ogni 6 mesi (aprile ed ottobre) i dati clinici utilizzando l'apposita scheda (R75-02-11CRT). Qualsiasi comunicazione relativa a variazioni delle condizioni cliniche del paziente in lista deve essere trasmessa immediatamente al Polo Trapianti di riferimento e, per conoscenza, anche al Centro Regionale Trapianti utilizzando l'apposita scheda (R75-02-12CRT).

Cordiali saluti

Dr. Pellegrino Mancini

N.B. Ai fini della sicurezza si chiede cortesemente, al Responsabile del Polo Trapianti Rene ed al Referente lista d'attesa trapianto del centro dialisi, la restituzione immediata via fax del modello sottostante di avvenuta ricezione regolarmente firmato e timbrato.

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-8CRT Rev. 2 del 05.11.2015 Pagina 2 di 2 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO
	Comunicazione avvenuto inserimento in lista di attesa trapianto rene	

Modello di Avvenuta Ricezione

A: Centro Regionale Trapianti	Da	Azienda/Ospedale: _____
		Centro Dialisi di: _____
		Referente: Dr. _____
Fax: 0965 397984	Pag.	1
Tel: 0965 393277-78	Data	

Io sottoscritto Dr. _____ dichiaro di avere ricevuto e presa visione della lettera prot. n° XX/CRT del XX/XX/XXXX trasmessa dal CRT Calabria e avente come oggetto: Avvenuto inserimento in lista di attesa per trapianto di rene Sig. XXXXXXXX XXXXXXXX con lo status di Idoneo Standard.

La stessa è stata recepita nel contenuto.

Data

Timbro e Firma

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-10CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO
	Consenso informato al trapianto renale da cadavere	

Centro Trapianti Rene di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (Prov. ____) residente a _____ (Prov. ____)

in via _____, dichiara di essere stato informato da Dr. _____

- ✓ che il trapianto renale a differenza del trapianto di fegato, di cuore e di polmone, non costituisce una terapia salvavita;
- ✓ dei benefici che comporta se coronato da successo;
- ✓ dei rischi generici e specifici che ne possono conseguire (in particolare, rischio chirurgico per la persona, rischio collegato con la necessità di una terapia immunosoppressiva continuativa (a base di cortisone ed immunosoppressori), possibilità di perdita del rene trapiantato e danno estetico);
- ✓ del fatto che il trapianto da cadavere rappresenta una terapia non esente da rischi sia per la trasmissione delle malattie infettive sia di tipo tumorale da parte del donatore;
- ✓ che tutte le indagini prescritte dalla legge sono state eseguite sul sangue del donatore per rendere tale terapia più sicura possibile;
- ✓ dichiara inoltre di aver preso visione in data odierna di quanto già esplicitato nel corso del colloquio informativo sottoscritto al momento della visita di idoneità.

e acconsente, volontariamente, al trapianto di rene da donatore cadavere.

In fede

Data ____/____/____

Il paziente: Sig. _____

Io sottoscritto Dr. _____ confermo ed attesto, contestualmente alla sottoscrizione della presente da parte del Sig. _____, che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso punto per punto tutto quanto sopra esposto.

Data ____/____/____

Firma: Dr. _____

**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA****Aggiornamento clinico strumentale per i pazienti in lista di attesa per trapianto di rene****R75-2-11CRT**

Rev. 1 del 15.05.2014

Pagina 1 di 2

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

Da trasmettere al Polo Trapianti di riferimento ogni sei mesi (aprile e ottobre)

Centro dialisi _____ Paziente _____

Variazione cliniche: SI NO Peso (Kg) _____

N. trasfusioni effettuate (dall'ultimo aggiornamento) _____ Tipo _____

Patologie mediche di nuova insorgenza: _____

Patologie chirurgiche di nuova insorgenza: _____

Variazioni terapia: _____

Vaccinazioni eseguite : _____

Esami di Laboratorio: data _____

HBsAg	POS	NEG	
HBsAb	POS	NEG	(_____) titolo
HBcAb	POS	NEG	
Anti - HCV	POS	NEG	
CMV IgG	POS	NEG	Data
CMV IgM	POS	NEG	Data
Anti - HIV	POS	NEG	Data

AST (U/L)	Calcemia (mg/dl)
ALT (U/L)	Fosforemia (mg/dl)
gammaGT (U/L)	Hb (g/dl)
Fosf. Alc. (U/L)	Glicemia(mg/dl)

PTHi (pg/ml) _____ (v.n. _____)	Data
PSA tot	Data
PSA libero	

Esami laboratoristici, strumentali e specialistici che ritenete utili allegare:_____

Data _____

Firma del Referente lista: Dr. _____

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-11CRT Rev. 1 del 15.05.2014 Pagina 2 di 2 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>Aggiornamento clinico strumentale per i pazienti in lista di attesa per trapianto di rene</p>	

Modello di Avvenuta Ricezione

<p>A: Centro Dialisi</p> <p>di _____</p>	<p>Da</p> <p>Azienda/Ospedale: _____</p> <p>Polo Trapianti rene di: _____</p> <p>Dr. _____</p>	
<p>Fax:</p>	<p>Pag.</p>	<p>1</p>
<p>Tel:</p>	<p>Data</p>	

Dichiaro di avere ricevuto e presa visione della R75-02-11CRT relativa all'aggiornamento clinico strumentale del Sig. _____.

La stessa è stata recepita nel contenuto dal sottoscritto.

Data

Timbro e Firma

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-12CRT Rev. 0 Pagina 1 di 2 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO
	Comunicazione variazione condizioni cliniche del paziente in lista di attesa per trapianto di rene	

Centro Dialisi di _____

Polo Trapianto Rene
di _____

e p.c. Centro Regionale Trapianti
Az. Osp. Reggio Calabria

Si comunica per il Sig./ la Sig.ra _____ ,
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
e residente a _____ (Prov. _____) in via _____,
in trattamento dialitico presso questo Centro e in lista d'attesa per trapianto di rene, quanto segue:

Esclusione

motivazione:

1. Decesso (data _____);
2. Richiesta esplicita da parte del paziente (allegare R75-2-28CRT);
3. Trapianto (data _____, Centro Trapianti _____);
4. Altre cause (specificare) _____

Proposta di temporanea sospensione

motivazione: _____

Proposta di reinserimento in lista attiva

motivazione: _____

Data ____/____/____

Dr. _____

N.B.: La presente deve essere trasmessa entro 7 giorni dalla data dell'evento.

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-12CRT Rev. 0 Pagina 2 di 2 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO
	Comunicazione variazione condizioni cliniche del paziente in lista di attesa per trapianto di rene	

Modello di Avvenuta Ricezione

A: Centro Dialisi di _____	Da	Azienda/Ospedale: _____ Polo Trapianto rene di: _____ Dr. _____
Fax:	Pag.	1
Tel:	Data	

Dichiaro di avere ricevuto e presa visione della R75-02-12CRT relativa alla comunicazione delle variazioni cliniche del Sig. _____.

La stessa è stata recepita nel contenuto dal sottoscritto.

Data

Timbro e Firma

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-13CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>Consenso informato scritto per l'utilizzo di donatori positivi per gli anticorpi diretti contro l'antigene core (HBcAb-IgG) del virus B dell'epatite (HBV) nel trapianto di rene</p>	

Centro Trapianti Rene di _____

Da sottoscrivere al momento dell'inserimento in lista di attesa per il trapianto

Sono stato esaurientemente informato dal Dr. _____ su quanto segue: Nonostante il notevole incremento del numero di donatori registrato in Italia negli ultimi 3 anni, la possibilità di soddisfare le richieste di trapianto di rene, cuore e polmone rimane ancora insufficiente.

Per aumentare il numero di donatori si è ipotizzata la possibilità di utilizzare donatori con positività degli anticorpi diretti contro l'antigene core del virus B dell'epatite (HbcAb-IgG positivi). Le ricerche effettuate nel Mondo su questo argomento hanno mostrato che il rischio di trasmissione dell'infezione da HBV in pazienti sottoposti a trapianto di cuore, polmone e rene con negatività dell'antigene di superficie del virus B (HBsAg negativi) è estremamente bassa. D'altra parte tra tutti i pazienti in dialisi o in attesa di trapianto una parte sono HbsAg positivi mentre un crescente numero di pazienti presenta immunità nei confronti del virus B e cioè hanno un titolo anticorpale protettivo per l'infezione stessa (HbsAg negativi, HbsAb positivi) acquisita per una vecchia infezione o, più frequentemente, in seguito vaccinazione.

Questo programma di trapianto ha l'obiettivo di valutare, nel trapianto di cuore, polmone e rene l'effetto dell'utilizzo di organi da donatori HbcAb-IgG positivi in riceventi con positività dell'HBsAg o con negatività dell'HbsAg associata a positività degli anticorpi diretti contro l'antigene di superficie del virus B (HbsAb) a titolo considerato protettivo (> 10 UI/ml). Gli effetti saranno valutati in termini di insorgenza o progressione di malattia epatica dell'epatite B e di sopravvivenza dell'organo trapiantato e/o del paziente.

Dovrò quindi sottopormi, dopo il trapianto, oltre alla terapia immunosoppressiva, anche ad accertamenti clinici e strumentali di valutazione del fegato, secondo protocolli decisi dal Centro di Trapianto, tesi a sorvegliare l'eventuale comparsa o progressione dell'infezione da HBV.

Accetto che i dati relativi alla mia partecipazione a questo programma siano utilizzati, in forma anonima, per pubblicazioni scientifiche.

La partecipazione a tale programma di trapianto è del tutto volontaria e non implica alcuno svantaggio nell'assegnazione degli organi.

So che potrò ritirare la mia disponibilità al programma in ogni momento senza che questo possa pregiudicare il proseguimento delle cure mediche o la eventuale assegnazione di un organo.

Ho compreso i contenuti del programma che mi è stato sottoposto e ho avuto risposte chiare ed esaurienti alle mio domande. Con la sottoscrizione di questo Consenso Informato accetto di essere trapiantato anche con un organo di un donatore HbcAb-IgG positivo (positivo per gli anticorpi diretti contro l'antigene core del virus B).

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra indicato.

Data _____ Firma del paziente: Sig. _____

Data _____ Firma del medico: Dr. _____

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-14CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Conferma consenso informato scritto per l'utilizzo di donatori positivi per gli anticorpi diretti contro l'antigene core (HBcAb-IgG) del virus B dell'epatite (HBV) nel trapianto di rene	

Centro Trapianti Rene di _____

Da sottoscrivere al momento della disponibilità dell' organo e del trapianto

Sono stato informato dal Dr. _____ che è oggi disponibile un organo da donatore con positività degli anticorpi diretti contro l'antigene "core" del virus B dell'epatite (HBcAb-IgG positivo) e che vi è la possibilità del trapianto.

Confermo la mia disponibilità ad essere trapiantato con un organo prelevato da donatore positivo per gli anticorpi anti-core dell'epatite B e quindi di partecipare al programma di trapianto "**Utilizzo di donatori positivi per gli anticorpi diretti contro l'antigene core (HBcAb-IgG) del virus dell'epatite (HBV) nel trapianto di rene**".

Data _____ Firma del paziente: Sig. _____

Data _____ Firma del medico: Dr. _____

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-15CRT Rev. 0 Pagina 1 di 3 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>Consenso informato scritto per l'utilizzo di donatori affetti da meningite batterica, batteriemie o altre infezioni sistemiche nel trapianto di rene</p>	

Versione aggiornata al 1 agosto 2003

PROTOCOLLO PER L'UTILIZZO DI DONATORI AFFETTI DA **MENINGITE BATTERICA**,
BATTERIEMIE O ALTRE INFEZIONI SISTEMICHE

La carenza di donatori d'organo rappresenta un serio problema in tutto il mondo. l'utilizzo di organi da donatori con meningite od altre infezioni batteriche sistemiche si ritiene possa essere associato ad un elevato rischio di trasmissione dell'infezione del donatore. Gli studi clinici riportati in letteratura ed esperienze condotte anche in Italia documentano come tale rischio possa essere ridotto ai minimi termini qualora si adottino alcune precauzioni. In particolare possono essere considerati come donatori solo quei soggetti per i quali:

1. Sia disponibile l'identificazione del microrganismo responsabile. La disponibilità dell'antibiogramma è auspicabile ma non pregiudica la donazione.
2. Siano in trattamento antibiotico mirato o empirico ragionato da almeno 24 ore dall'esordio sintomatologico.
3. Il Ricevente riceva nell'ambito della profilassi farmacologia peri-operatoria farmaci attivi nei confronti del patogeno riscontrato nel donatore.
4. L'idoneità dei singoli organi venga valutata dal chirurgo prelevatore in sede di prelievo.
5. Il ricevente venga opportunamente informato e sottoscriva il modulo di consenso informato scritto

Sorveglianza post-trapianto

Tutti i riceventi di organi da donatori con meningite e/o batteriemia dovranno essere monitorizzati per l'eventuale sviluppo di infezioni sostenute dal microrganismo responsabile dell'infezione nel donatore. Tutti i riceventi degli organi di cui sopra dovranno effettuare emocolture seriate (3 set per aerobi, anaerobi e miceti, prelevati da vena periferica a distanza di almeno trenta minuti uno dall'altro, a 3, 7 e 14 giorni dal trapianto. L'eventuale comparsa di eventi infettivi, registrati nel corso del primo mese post-trapianto e potenzialmente correlabili all'infezione del donatore dovranno essere trasmessi al Centro Nazionale Trapianti, seguendo il percorso CRR vs. CIR utilizzando il modulo allegato A di seguito riportato.

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-15CRT Rev. 0 Pagina 2 di 3 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Consenso informato scritto per l'utilizzo di donatori affetti da meningite batterica, batteriemie o altre infezioni sistemiche nel trapianto di rene	

Allegato A

TRAPIANTO D'ORGANO DA DONATORE CON BATTERIEMIA/MENINGITE

Iniziali ricevente _____ Codice donatore _____

Data trapianto ____/____/____ Data compilazione ____/____/____

Centro Trapianti _____ **CRT CALABRIA** **CIR OCST**

	Trapianto*	3 giorni	7 giorni	14 giorni	30 giorni
Data					
Emocoltura (specificare se POS o NEG e microrganismo; allegare referto laboratorio con microrganismo isolato e antibiogramma)					
Coltura altri campioni biologici (specificare campione, POS o NEG e microrganismo; allegare referto laboratorio con microrganismo isolato e antibiogramma)					
Coltura altri campioni biologici (specificare campione, POS o NEG e microrganismo; allegare referto laboratorio con microrganismo isolato e antibiogramma)					
Profilassi/Terapia antibiotica effettuata al ricevente (specificare farmaco, dosi e durata)					
1.					
2.					
3.					
4.					
Terapia immunosoppressiva: 1 - Farmaco					
Dosaggio					
2 - Farmaco					
Dosaggio					
3 - Farmaco					
Dosaggio					
4 - Farmaco					
Note					

*** Inserire i dati relativi all'isolato dal donatore ed allegare referto laboratorio con microrganismo isolato e antibiogramma.**

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-15CRT Rev. 0 Pagina 3 di 3 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>Consenso informato scritto per l'utilizzo di donatori affetti da meningite batterica, batteriemie o altre infezioni sistemiche nel trapianto di rene</p>	

Centro Trapianti Rene di _____

Da sottoscrivere al momento dell'inserimento in lista di attesa per il trapianto

Sono stato esaurientemente informato dal Dr. _____ su quanto segue: Nonostante il notevole incremento del numero di donatori registrato in Italia negli ultimi 3 anni, la possibilità di soddisfare le richieste di trapianto di rene, cuore e polmone rimane ancora insufficiente.

Per aumentare il numero di donatori si è ipotizzata la possibilità di utilizzare organi da donatori con meningite o altre infezioni batteriche sistemiche. L'utilizzo di questi donatori presenta un elevato rischio di trasmissione dell'infezione del donatore, ma studi clinici riportati in letteratura, ed esperienze condotte anche in Italia, documentano come tale rischio possa essere ridotto ai minimi termini qualora si adottino alcune precauzioni.

Sono stato esaurientemente informato che oggi è possibile l'identificazione del microrganismo responsabile di queste infezioni e che le stesse possono essere affrontate con un trattamento antibiotico adeguato. Tale trattamento viene praticato anche al ricevente nella fase peri-operatoria nell'ambito della profilassi farmacologica con farmaci attivi nei confronti del patogeno riscontrato nel donatore.

Accettando di partecipare a questo programma so che dovrò sottopormi, dopo il trapianto, a controlli clinici, strumentali e di laboratorio tesi a valutare in termini di insorgenza o progressione dell'infezione secondo protocolli decisi dal Centro Trapianti.

La partecipazione a questo programma è del tutto volontaria e non implica alcuno svantaggio nell'assegnazione degli organi: in caso di compatibilità con un donatore esente da malattie infettive avrò infatti le stesse probabilità di assegnazione degli altri pazienti in lista.

So che potrò ritirare la mia disponibilità al programma in ogni momento senza che questo possa pregiudicare il proseguimento delle cure mediche o la eventuale assegnazione di un organo.

Accetto che i dati relativi alla mia partecipazione a questo programma siano utilizzati, in forma anonima, per pubblicazioni scientifiche.

Ho compreso i contenuti del programma che mi è stato sottoposto e ho avuto risposte chiare ed esaurienti alle mie domande. Con la sottoscrizione di questo Consenso Informato accetto di essere trapiantato anche con un organo prelevato da donatore con infezione batterica sistemica documentata.

Data _____ Firma del paziente: Sig. _____

Data _____ Firma del medico: Dr. _____

	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-16CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Conferma consenso informato scritto per l'utilizzo di donatori affetti da meningite batterica, batteriemie o altre infezioni batteriche sistemiche nel trapianto di rene	

Centro Trapianti Rene di _____

Da sottoscrivere al momento della disponibilità dell' organo e del trapianto

Sono stato informato dal Dr. _____ che è oggi disponibile un organo da donatore con la seguente infezione batterica _____ e la possibilità del trapianto. Sono stato inoltre informato che il microrganismo responsabile di tale infezione nel donatore è stato identificato con certezza e che lo stesso ha ricevuto un trattamento antibiotico adeguato per l'infezione riscontrata. Mi è stato anche detto che io stesso riceverò nell'ambito della profilassi farmacologia peri-operatoria farmaci attivi nei confronti del patogeno riscontrato nel donatore. Con la sottoscrizione di questo modulo confermo la mia disponibilità ad essere trapiantato con un organo prelevato da donatore con infezione e quindi di partecipare al programma di trapianto **"Utilizzo di donatori affetti da meningite batterica, batteriemie o altre infezioni batteriche sistemiche"**.

Data _____ Firma del paziente: Sig. _____

Data _____ Firma del medico: Dr. _____

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-02-17CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	SCHEDA CRT PER VERIFICA CORRETTO INSERIMENTO GRUPPO SANGUE E TIPIZZAZIONE HLA DEL RICEVENTE	

Paziente _____

Gruppo Sanguigno:

Data:

Numero Tipizzazione:

Numero Esame:

Note :

A:

B:

BW:

C:

DR:

DR 51/52/53:

DQ:

Reggio Calabria, (data)

Firma del primo operatore del Centro Regionale Trapianti che ha inserito i suddetti dati rilevati dai referti trasmessi dal Responsabile del Centro Trapianti di afferenza

Firma del secondo operatore del Centro Regionale Trapianti che ha verificato il corretto inserimento dei dati

Regione Calabria - Centro Regionale Trapianti

Sede operativa: Az. Osp. "Bianchi -Melacrino - Morelli" - 89100 Reggio Calabria

Tel. 0965 393277 - 8 Fax 0965 397984 H24: 320 4794286 e-mail: crtcalabria@libero.it



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN
LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT
Rev. 0
Pagina 1 di 17
Emesso RGQ il 22.02.10
Approvato DUO CRT

CENTRO TRAPIANTI RENE DI _____

PARTE A

COGNOME: _____		NOME: _____	
NATO/A A: _____	PROV.: _____	DATA NASCITA: _____	
CODICE FISCALE: _____			
RESIDENZA: CITTÀ (cap): _____	PROV.: _____	VIA: _____	N.: _____
DOMICILIAZIONE (se diversa dalla residenza)			
CITTÀ (cap): _____	PROV.: _____	VIA: _____	N.: _____
REPERIBILITÀ TELEFONICHE:			
Abitazione: _____	Ufficio: _____	Cellulare: _____	Familiare: _____
CENTRO DIALISI: _____			
ATTIVITÀ LAVORATIVA: _____			
IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____			
CHIEDE DI ESSERE INSERITO/A IN LISTA DI ATTESA PER IL TRAPIANTO DI RENE. DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA DEI CRITERI DI SCELTA ADOTTATI PRESSO QUESTO CENTRO TRAPIANTI E DI ACCETTARNE LE MODALITÀ.			
DATA: _____		FIRMA: _____	
<i>AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003 – IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA IL CENTRO DIALISI/SERVIZIO DI NEFROLOGIA A TRASMETTERE AL CENTRO TRAPIANTI E AL CENTRO REGIONALE TRAPIANTI I DATI PRESENTI IN QUESTA CARTELLA E TUTTI I SUCCESSIVI DATI ED AGGIORNAMENTI RITENUTI NECESSARI. AUTORIZZA IL CENTRO REGIONALE TRAPIANTI AL TRATTAMENTO DEI DATI STESSI.</i>			
DATA: _____		FIRMA: _____	

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-18CRT Rev. 0 Pagina 2 di 17 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE</p>

Diagnosi della nefropatia: _____

BIOPSIA: SI NO ANNO: _____

Storia sintetica della nefropatia (indicare come e quando è stata scoperta, da quando ha insufficienza renale e se è stata mai trattata con steroidi-immunosoppressori)

<i>Modalità dialitica praticata al momento della compilazione della scheda:</i>		
EMODIALISI (qualsiasi tipo) <input type="checkbox"/>	CAPD <input type="checkbox"/>	APD <input type="checkbox"/>
Accesso vascolare attuale: FAV <input type="checkbox"/>	Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/>	

Storia dei trattamenti sostitutivi :

Terapia sostitutiva: data inizio _____

Emodialisi: Dialisi peritoneale: Trapianto:

Variazioni successive:

DATE	BARRARE		
_____	Emodialisi <input type="checkbox"/>	Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/>	Trapianto <input type="checkbox"/>
_____	Emodialisi <input type="checkbox"/>	Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/>	Trapianto <input type="checkbox"/>
_____	Emodialisi <input type="checkbox"/>	Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/>	Trapianto <input type="checkbox"/>
_____	Emodialisi <input type="checkbox"/>	Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/>	Trapianto <input type="checkbox"/>
_____	Emodialisi <input type="checkbox"/>	Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/>	Trapianto <input type="checkbox"/>

<i>Precedenti trapianti:</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Se "SI", indicare)	
data trapianto	
se da cadavere o vivente	
data e causa rientro in dialisi	
se noto HLA del donatore	
il rene trapiantato è stato espantato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (se "SI" indicare data) _____



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN
LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 3 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

Allergie note: SI NO

Se "SI", specificare:

Trasfusioni: SI NO

Se "SI", indicare:

Anno: _____; Numero sacche: _____; Causa: _____

Anno: _____; Numero sacche: _____; Causa: _____

Gravidanze: SI NO

Se "SI", indicare il numero: _____

Peso (fine rene o vuoto se in DP) Kg _____ Altezza m _____ BMI _____

Anamnesi familiare:

1. Familiarità per diabete: SI NO

Se "SI" specificare:

2. Familiarità per malattie renali: SI NO

Se "SI" specificare:

3. Familiarità per neoplasie: SI NO

Se "SI" specificare:

Diabete: SI NO

Se "SI" specificare:

Storia di Neoplasie: SI NO

Se "SI" specificare: (anche neoplasie della pelle)

Problemi neurologici (diversi da Ictus e TIA): SI NO

Se "SI" specificare:

**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA****CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 4 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

Problemi psichiatrici: SI NO

Se "SI" specificare:

Assunzione di stupefacenti: SI NO

Se "SI" specificare:

Storia di alcolismo: SI NO

Se "SI" specificare:

APPARATO CARDIOVASCOLARE1. Storia di angina pectoris? SI NO 2. Storia di infarto del miocardio? SI NO (se "SI", data e storia sintetica):3. Storia di Ictus o TIA? SI NO (se "SI", data e storia sintetica):

4. Valutazione dispnea:

	<i>Indicare</i>	
• Tollera gli sforzi senza dispnea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Dispnea per sforzi di media entità	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Dispnea per sforzi di lieve entità	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Dispnea a riposo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

5. PA predialitica: _____;

6. ECG normale: SI NO (se "NO", anomalie rilevate):

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-18CRT Rev. 0 Pagina 5 di 17 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE</p>	

7. Ecocardio (*nell'intervallo breve*): (data: _____);

Frazione di eiezione _____ diametro telediastolico ventricolo sx: _____;

Spessore setto interventricolare in diastole _____

Spessore parete posteriore in diastole _____

Difetti cinetica segmentaria: SI NO

Anomalie valvolari: SI NO (se "SI, Indicare): _____

Altro: _____

8. Storia compatibile con claudicatio: SI NO

9. L'rx addome mostra calcificazioni dei vasi iliaco-femorali: SI NO

10. Le calcificazioni sono estese: SI NO

11. Si palpano i polsi femorali: SI NO

12. Soffi sulle femorali: SI NO

13. Utilizzo di vasi femorali per accesso vascolare alla dialisi: SI NO

14. Utilizzo di linee venose centrali per l'accesso alla dialisi: SI NO

15. Eco-color-doppler

Aorta: calcificazioni: SI NO

Descrizione: _____

Aneurismi: SI NO

Descrizione: _____

Vasi arteriosi iliaco femorali:

Descrizione: _____

Vasi arteriosi più distali

Descrizione: _____

Vasi venosi iliaco-femorali e rami più distali

Descrizione: _____

**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA****CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 6 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

Tronchi sovra-aortici

Descrizione: _____

16. Test da sforzo con imaging (*nei casi previsti dalle linee guida regionali per l'inserimento in lista*)

Scintigrafia cardiaca con test al dipiridamolo (data _____)

normale patologica **In alternativa**

Ecocardio con stress farmacologico (data _____)

normale patologico **APPARATO RESPIRATORIO**1. Storia di malattia polmonare: SI NO (*se "SI", specificare patologia*):2. Fumatore attivo Non ha mai fumato Ex fumatore *Se ex fumatore* anno in cui ha smesso di fumare _____*Se fumatore o ex fumatore* n. di sigarette al giorno _____ per n. anni _____3. Rx torace (data _____) normale patologico (*se "patologico" specificare*):4. Storia di tosse produttiva per diversi mesi all'anno: SI NO **Se fumatore o ex fumatore, se storia di malattia polmonare o tosse è necessaria la spirometria.**5. Spirometria: normale patologica **APPARATO URINARIO**1. Storia di reflusso vescico-ureterale: SI NO 2. Storia di nefrolitiasi con pielonefrite: SI NO 3. Storia di infezioni urinarie: SI NO

4. Specificare altri eventuali problemi urologici: _____

**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA****CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 7 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

5. Reni nativi in situ: SI NO (Se non ha i due reni o un rene nativo in situ specificare):

6. Ecografia reni nativi (dimensioni, cisti, processi espansivi)

7. Cistografia: (data _____)

- normale: SI NO
- reflusso: SI NO
- residuo post-minzionale: assente minimo significativo
- alterazioni della parete vescicale: SI NO (se "SI", indicare quali):

- capacità della vescica al massimo riempimento:

normale modestamente ridotta notevolmente ridotta

APPARATO GASTRO INTESTINALE

1. Storia di colelitiasi sintomatica: SI NO
2. È stato colecistectomizzato: SI NO
3. Calcoli della colecisti all'ecografia: SI NO
4. Storia di emorragie dal tratto gastro-intestinale: SI NO (se "SI" specificare indicando anche il periodo): _____

5. Storia di malattia ulcerosa: SI NO

6. Ultima EGDS (data _____) normale: SI NO (indicare le lesioni rilevate):

**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA****CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 8 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

7. Se ≥ 50 anni o reni policistici o familiarità per tumori del colon praticare la colonscopia

colonscopia normale: SI NO (se "NO" specificare): _____

8. Ecoaddome (descrizione):

PER LE DONNE:

1. Mammografia se età maggiore di 40 anni (data _____) normale: SI NO (Se "NO", indicare anormalità):

2. Ecografia mammaria (se indicata) (data _____) normale: SI NO (Se "NO", indicare anormalità):

3. PAP test (data _____) sospetto per malattia neoplastica: SI NO

4. Ecografia utero ed annessi: normale SI NO (se "NO" specificare): _____

COAGULAZIONE

1. Terapia con anti-aggreganti: SI NO

2. Terapia con anticoagulanti: SI NO

3. Problemi di coagulazione in interventi chirurgici precedenti: SI NO

4. Facilità ecchimosi e petecchie: SI NO

5. Frequenti tromboflebiti: SI NO

6. Tendenza trombizzazione FAV: SI NO

7. Storia di aborti ripetuti: SI NO

**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA****CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 9 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

8. Storia di piastrinopenia: SI NO NOTE: _____

_____**APPARATO SCHELETRICO**

PTHi _____ (pg/ml) (v.n. _____) Vedi Paragrafo 4.2.4

1. Iperparatiroidismo severo: SI NO 2. Paratiroidectomia: SI NO **OCCHI**1. Cataratte: SI NO 2. Glaucoma: SI NO (se "SI" specificare): _____

_____**DENTI**1. Storia di accessi dentari: SI NO 2. Valutazione specialistica ed eventuale bonifica: SI NO **MARKERS infettivologici** (di data non anteriore a sei mesi dalla visita di idoneità):

HBsAg	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
HBsAb	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	titolo
HBcAB	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
HBeAB	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
HBeAg	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
HBV DNA	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	titolo
HDV Ab	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
Anti-HCV	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
HCV RNA	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	Qualitativo _____ Quantitativo _____ Genotipo _____
Anti HIV	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	

**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA****CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 10 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

Vaccinato per l'epatite B:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	anno _____
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------

Anti CMV IgG	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	titolo
Anti CMV IgM	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
Anti EBV IgG	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	titolo
Anti EBV IgM	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
Anti-TOXOPLASMA IgG	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
Anti-TOXOPLASMA IgM	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
Anti-VZV IgG	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
Anti-VZV IgM	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
MANTOUX	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
VDRL	negativo <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	
Vaccinato per la varicella	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Pratica regolarmente vaccinazione anti-influenzale:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

_____,
(luogo)____/____/____
(data)Il medico referente Centro Dialisi

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-18CRT Rev. 0 Pagina 11 di 17 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE</p>	

Fotocopie esami da allegare alla presente scheda:

- ✓ Gruppo ABO (due determinazioni eseguite in date diverse);
- ✓ Tipizzazione Tissutale HLA;
- ✓ Emocromo, Fibrinogeno, PT (INR), PTT (Ratio), Na, K, Ca, P, Fosfatasi Alcalina, PTHi, Transaminasi, Gamma GT, Bilirubina, Glicemia, colesterolo, trigliceridi, azotemia, creatininemia, prot. totali ed elettroforesi proteica;
- ✓ HbA1c nei pazienti diabetici;
- ✓ Urinocoltura (2 controlli se diuresi residua);
- ✓ Markers Epatite B: HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAg, HBeAb;
- ✓ Anti-HCV ; Anti-HIV; Anti-CMV (IgG, IgM); Anti-TOXOPLASMA; Anti-VZV IgG; Anti-VZV IgM; Anti-EBV; VDRL; Mantoux;
- ✓ Nei pazienti HBsAg Positivi ricerca dell'HBV DNA;
- ✓ Nei pazienti HCV Positivi ricerca HCV RNA quantitativa e determinazione del genotipo; tale indagine va eseguita anche nei pazienti con evidenza di malattia epatica ma senza anticorpi anti-HCV.
- ✓ ECG (con copia tracciato);
- ✓ ECOCARDIOGRAFIA con valutazione della frazione d'eiezione (FE);
- ✓ Stress test con imaging in pazienti a rischio (vedi dettaglio in par. 4.1.6);
- ✓ RX Torace
- ✓ RX Addome (per calcificazioni vascolari)
- ✓ RX scheletro (cranio, colonna in laterale, bacino, mani)
- ✓ Rx Arcate Dentarie
- ✓ EGDS
- ✓ RX Cistografia retrograda e minzionale (capacità vescicale, reflussi, residuo post-minzione)
- ✓ Eco Addome (reni, fegato e vie biliari, pancreas);
- ✓ Fundus Oculi;
- ✓ Visita ORL (se indicata);
- ✓ Visita dermatologica (se indicata e con particolare attenzione ai casi di neoplasie cutanee e di melanoma);
- ✓ Visita Odontoiatrica;
- ✓ Visita Ginecologica + Pap Test ;
- ✓ Eco-Doppler aorta; vasi iliaco-femorali arteriosi e venosi e vasi degli arti inferiori ;
- ✓ Eco-Doppler TSA;
- ✓ Mammografia (> 40aa);
- ✓ Colonscopia nei policistici, nei pazienti >50 anni e in quelli con familiarità per neoplasia del colon;
- ✓ Spirometria (vedi dettaglio in par. 4.1.13);

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-18CRT
	CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE	Rev. 0 Pagina 12 di 17 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT

- ✓ PSA Totale: per gli uomini al di sopra dei 50 anni
- ✓ PSA Totale e Libero/Totale: quando il PSA Totale supera il valore soglia
- ✓ Ecografia prostatica trans-rettale: per pazienti d'età superiore a 50 anni o con livelli di PSA totale > 4 ng/ml o con rapporto PSA Libero/Totale < 25%
- ✓ Ecografia Tiroide e Paratiroidi.

N.B.: in caso di presenza di patologia concomitante già accertata, il Medico del Centro Dialisi, potrà programmare, a sua discrezione, eventuale completamento diagnostico inviandone documentazione.

Alla visita di idoneità portare in visione anche le radiografie



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN
LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 13 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

PARTE B

A CURA DEL CENTRO TRAPIANTI

VIDEAT

CHIAMATO PER IL TRAPIANTO IL _____, NON ESEGUITO PER _____

CHIAMATO PER IL TRAPIANTO IL _____, NON ESEGUITO PER _____

CHIAMATO PER IL TRAPIANTO IL _____, NON ESEGUITO PER _____

CHIAMATO PER IL TRAPIANTO IL _____, NON ESEGUITO PER _____



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN
LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 15 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

VALUTAZIONE CONCLUSIVA

LA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA E L'ESAME OBIETTIVO SONO SUFFICIENTI AD ESPRIMERE UN GIUDIZIO?

NO



APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI RICHIESTI

DA RIVALUTARE IL _____

SI

DATA

SANITARIO RESPONSABILE



IDONEO

OTTIMO

BUONO

SUFFICIENTE

CASE-MIX ALL'ISCRIZIONE

CASE-MIX AL TRAPIANTO

IDONEO A RISCHIO AUMENTATO PER :

- **ETA'** _____
- **MALATTIA CARDIOVASCOLARE** _____
- **MALATTIA EPATICA** _____
- **DIABETE** _____
- **NEOPLASIA PREGRESSA** _____
- **ALTER. EMOCOAGULATIVE** _____
- **COLLAGENOPATIA** _____

NON IDONEO

• **DEFINITIVAMENTE PER**

• **TEMPORANEAMENTE PER**

DATA

SANITARIO RESPONSABILE



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**CARTELLA SANITARIA PER INSERIMENTO IN
LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-18CRT

Rev. 0

Pagina 17 di 17

Emesso RGQ il 22.02.10

Approvato DUO CRT

SOSPESO IL _____ **PER** _____

SANITARIO RESPONSABILE

RIAMMESSO IL _____

SANITARIO RESPONSABILE

SOSPESO IL _____ **PER** _____

SANITARIO RESPONSABILE

RIAMMESSO IL _____

SANITARIO RESPONSABILE



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**RICHIESTA VISITA PER
INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA
TRAPIANTO DI RENE**

R75-2-19CRT
Rev. 4 del 09.02.2017
Pagina 1 di 1
Emesso RGQ il 09.12.09
Approvato DUO CRT

Da compilare a cura del Centro Dialisi

CENTRO DIALISI _____
MEDICO REFERENTE LISTA _____
RECAPITI REFERENTE LISTA: Tel. Osp. _____
Cellulare _____ Fax _____
<u>DATI PAZIENTE:</u>
COGNOME _____ NOME _____
DATA NASCITA _____ SESSO _____
DOMICILIATO A _____ PROV. _____ C.A.P. _____
VIA _____ N° _____ TEL. _____
ALTRE REPERIBILITÀ TELEFONICHE _____
TIPO TRATTAMENTO DIALITICO _____
GIORNI IN CUI EFFETTUA TRATTAMENTO EMODIALITICO: _____
DATA _____ FIRMA _____

La presente richiesta dovrà essere trasmessa via FAX

- Per il Polo Trapianti di Cosenza ai n. 0984 73156 e 0984 23625
- Per il Polo Trapianti di Reggio Calabria ai n. 0965 397000 e 0965 397996
- Per conoscenza al Centro Regionale Trapianti al n. 0965 397984

Ai fini della sicurezza, a riprova che la presente notifica è andata a buon fine, è indispensabile che il presente documento venga restituito con apposta la propria firma identificativa ed il relativo timbro nell'apposito riquadro a fianco al n. fax



 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-20CRT Rev. 2 del 09.02.2017 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 09.12.09 Approvato DUO CRT</p>
	<p>APPUNTAMENTO VISITA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA TRAPIANTO DI RENE</p>	

Polo Trapianti Rene di _____

Egr. Dr. _____

Centro dialisi _____

Abbiamo ricevuto in data ____/____/____ la richiesta di visita per inserimento in lista di attesa per trapianto renale del Sig. _____

L'appuntamento è fissato per il giorno _____ alle ore _____ presso: _____.

Impegnative richieste:

Visita specialistica nefrologica

Visita specialistica chirurgica

Il paziente è invitato a presentarsi al Centro Trapianti con l'apposita cartella sanitaria compilata in ogni sua parte, le fotocopie dei referti degli esami strumentali, di laboratorio e le radiografie in visione (cistografia, rx torace, diretta addome e altre eventuali indagini).

Il Medico del Polo Trapianti

A riprova che la presente notifica è andata a buon fine è indispensabile che il Medico Referente del Centro Dialisi restituisca a questo Centro Trapianti via fax, al n. _____, il presente documento con apposta la propria firma identificativa ed il relativo timbro nell'apposito riquadro a fianco.



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**Comunicazione primo mancato invio siero
dei pazienti in lista di attesa
per il trapianto di rene**

R75-2-21CRT
Rev. 0
Pagina 1 di 1
Emesso RGQ il 22.02.10
Approvato DUO CRT

Prot n. /CRT del / /

Referente Lista d'attesa trapianto rene

e p. c. Direttore Nefrologia e Dialisi
di _____

e p. c. Responsabile Centro Trapianti

Az. Osp. di _____

Le comunichiamo che al Laboratorio di Tipizzazione Tissutale di questa Azienda Ospedaliera non è pervenuto, in occasione dell'invio del xx/xx/xxxx, il siero del paziente _____ iscritto nella lista d'attesa unica Regionale per trapianto di rene con lo status di IDONEO dal XX/XX/XXXX .

Si ricorda che il campione di siero è necessario per ricercare eventuali anticorpi e per testare la compatibilità in caso di trapianto. Gli standard internazionali prevedono che lo stesso campione non sia stato prelevato da oltre 3 mesi, per cui è particolarmente importante la periodicità trimestrale degli invii (Gennaio, Aprile, Luglio, Ottobre), condizione determinante per il mantenimento in lista.

La informiamo quindi che:

1. fino all'arrivo del campione atteso, non sarà disponibile un campione di siero idoneo con cui effettuare eventuali prove crociate in occasione di eventi donativi;
2. un ulteriore mancato invio in occasione della prossima scadenza del xx/xx/xxxx determinerebbe la sospensione del suddetto paziente dalla lista attiva.

Cordiali saluti.

Dr. Pellegrino Mancini

A riprova che la presente notifica è andata a buon fine è indispensabile che il Medico Referente del Centro restituisca a questo CRT via fax, al n. 0965 397984, il presente documento con apposta la propria firma identificativa ed il relativo timbro nell'apposito riquadro a fianco.

	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-22CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Comunicazione secondo mancato invio siero pazienti in lista di attesa trapianto rene	

Prot n. /CRT del / /

Referente Lista d'attesa trapianto rene

e p. c. Direttore Nefrologia e Dialisi
di _____

e p. c. Responsabile Centro Trapianti
Az. Osp. di _____

Con lettera Prot. n. xx/CRT del xx/xx/xxxx (R75-2-21CRT) Le è stato comunicato che non è pervenuto al Laboratorio di Tipizzazione Tissutale di questa Azienda Ospedaliera il siero del paziente _____ in occasione dell'invio del xx/xx/xxxx e che un ulteriore mancato invio avrebbe determinato la sospensione definitiva dello stesso dalla lista.

Poiché alla data del xx/xx/xxxx si è ripetuto il mancato invio del siero del suddetto paziente, La invitiamo a trasmetterci la registrazione relativa alla variazione delle condizioni cliniche (R75-02-12CRT).

In caso di mancato invio della suddetta registrazione entro una settimana dalla notifica della presente il paziente verrà escluso dalla lista d'attesa.

Cordiali saluti.

Dr. Pellegrino Mancini

A riprova che la presente notifica è andata a buon fine è indispensabile che il Medico Referente del Centro Dialisi restituisca a questo CRT via fax, al n. 0965 397984, il presente documento con apposta la propria firma identificativa ed il relativo timbro nell'apposito riquadro a fianco.



 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-23CRT Rev. 0 Pagina 1 di 2 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Report pazienti in lista di attesa trapianto rene	

Prot. xx/CRT
del xx/xx/xxxx

Referenti lista d'attesa trapianto rene

e p. c. Direttori Nefrologia e Dialisi

Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
LORO SEDI

Oggetto: Elenco pazienti in lista d'attesa per trapianto di rene

Si trasmette, in allegato, l'elenco dei pazienti presenti nella lista unica regionale per trapianto di rene aggiornato al xx/xx/xxxx.

Confidando in un riscontro immediato alla presente, per una corretta gestione della lista d'attesa al fine di garantire al meglio tutti i pazienti, si porgono distinti saluti.

Il Coordinatore Regionale
Dr. Pellegrino Mancini

N.B. Ai fini della sicurezza ed a riprova che la presente notifica è andata a buon fine si chiede, cortesemente, la restituzione immediata via fax del modello sottostante di avvenuta ricezione regolarmente firmato e timbrato.

	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-23CRT Rev. 0 Pagina 2 di 2 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Report pazienti in lista di attesa trapianto rene	

Modello di Avvenuta Ricezione

A: Centro Regionale Trapianti	Da	Azienda/Ospedale: _____ Centro Dialisi di: _____ Referente: Dr. _____
Fax: 0965 397984	Pag.	1
Tel: 0965 393277-78	Data	

Dichiaro di avere ricevuto e presa visione dell'elenco dei pazienti in lista d'attesa di trapianto di rene trasmesso dal CRT Calabria il xx/xx/xxxx.

Lo stesso è stata recepito nel contenuto dal sottoscritto che provvederà a sanare le eventuali incongruenze riscontrate.

Data

Timbro e Firma



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

R75-2-24CRT
Rev. 1 del 15.05.2014
Pagina 1 di 1
Emesso RGQ il 22.02.10
Approvato DUO CRT

**RICHIESTA VISITA PER
VALUTAZIONE TRAPIANTO DI RENE
DA DONATORE VIVENTE**

Da compilare a cura del Centro Dialisi

CENTRO DIALISI _____

MEDICO REFERENTE LISTA _____

RECAPITI REFERENTE LISTA: Tel. Osp. _____

Cellulare _____

Fax _____

DATI PAZIENTE:

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ SESSO _____

DOMICILIATO A _____ PROV. _____ C.A.P. _____

VIA _____ N° _____ TEL. _____

ALTRE REPERIBILITÀ TELEFONICHE _____

TIPO TRATTAMENTO DIALITICO _____

GIORNI IN CUI EFFETTUA TRATTAMENTO EMODIALITICO:

DATA _____

FIRMA _____

Da inviare via FAX al Polo Trapianti di Reggio Calabria al n° 0965 393264

A riprova che la presente notifica è andata a buon fine è indispensabile che il Medico del Polo Tx di RC restituisca a questo Centro dialisi via fax,

al n. _____, il presente documento con apposta la propria firma identificativa ed il relativo timbro nell'apposito riquadro a fianco.



 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-25CRT Rev. 2 del 15/07/2013 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>Richiesta del Polo trapianti per inserimento in lista di attesa trapianto rene</p>	

Polo Trapianto Rene _____

Si richiede per il paziente _____ nato/a il _____

a _____ (Prov. _____) residente a _____ (Prov. _____)

in via _____, affetto/a da insufficienza renale cronica

in trattamento dialitico presso il Centro di _____

l'inserimento in lista di attesa per trapianto renale con lo status di **IDONEO**.

La valutazione chirurgica è stata eseguita il ____/____/____ dal Dr. _____

Si comunica che il valore del case mix è il seguente:

- 0 Standard
- 1 Lieve
- 2 Intermedio
- 3 Elevato

Si allegano alla presente copia dell'emogruppo, della tipizzazione HLA e del referto di avvenuta valutazione chirurgica.

Il Nefrologo Dr. _____

Data ____/____/____



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**Comunicazione mancato aggiornamento clinico
strumentale pazienti in lista di attesa Tx rene**

R75-2-26CRT
Rev. 0
Pagina 1 di 1
Emesso RGQ il 22.02.10
Approvato DUO CRT

Centro Trapianti Rene di _____

Referente Lista d'attesa trapianto rene

e p. c.

Direttore Nefrologia e dialisi

di _____

Le comunichiamo che non è pervenuto alla scadenza prevista dalla Procedura Operativa (PO75-02-CRT) l'aggiornamento clinico-strumentale del Sig. _____ iscritto nella lista d'attesa unica Regionale per trapianto di rene con lo status di IDONEO.

Le ricordiamo che tale aggiornamento è necessario per la valutazione pre-trapianto del paziente selezionato e La invitiamo pertanto a provvedere, con cortese urgenza, all'invio del suddetto aggiornamento.

_____, ____/____/____

Il Responsabile del Centro Trapianti

Dr. _____

A riprova che la presente notifica è andata a buon fine è indispensabile che il Medico Referente restituisca a questo Centro Trapianti via fax,

al n. _____, il presente documento con apposta la propria firma identificativa ed il relativo timbro nell'apposito riquadro a fianco.

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-27CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>Consenso informato scritto per pazienti con BMI > 30</p>	

Centro Trapianti Rene di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov.____) e residente a _____
(Prov.____) in via _____, affetto/a da insufficienza renale
cronica in trattamento dialitico presso il Centro di _____,
dichiara di essere stato/a informato/a dal Dr. _____ in
termini chiari e comprensibili del rischio, in caso di trapianto, di possibili complicanze
perioperatorie, metaboliche e cardiovascolari legate all'eccesso di peso e di essere stato/a
invitato/a a seguire un regime dietetico per ridurre l'indice di massa corporea.

Il sottoscritto accetta, comunque, di correre i rischi sopra esposti considerando i
vantaggi del trapianto rispetto alla permanenza in dialisi.

Data ____/____/____ Il paziente Sig. _____

Io sottoscritto Dr. _____ confermo ed attesto,
contestualmente alla sottoscrizione della presente da parte del Sig. _____,
che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso punto per punto tutto quanto sopra
esposto.

Data ____/____/____

Firma: Dr. _____

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-28CRT Rev. 1 del 5.09.2014 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO
	Richiesta cancellazione dalla lista di attesa regionale per trapianto di rene	

Centro Dialisi di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (Prov. ____) residente a _____ (Prov. ____)

in via _____, in lista d'attesa per trapianto di rene da donatore cadavere,

chiede la propria cancellazione dalla suddetta lista di attesa per motivi personali.

In fede

Data ____/____/____

Il paziente: Sig. _____

Data ____/____/____

Il medico: Dr. _____

Registrazione da allegare alla R75-02-12CRT

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-29CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO</p>
<p>Rifiuto inserimento in lista di attesa regionale per trapianto di rene</p>		

Centro Dialisi di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. ____) residente a _____ (Prov. ____)
in via _____, in trattamento dialitico presso questo centro, dichiara
di non volere essere inserito/a in lista di attesa per trapianto di rene.

In fede

Data ____/____/____

Il paziente: Sig. _____

Data ____/____/____

Il medico: Dr. _____

	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-30CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT
	Consenso informato scritto per l'utilizzo di donatori positivi per l'antigene di superficie del virus B dell'epatite (HBsAg POS) nel trapianto di rene	

Centro Trapianti Rene di _____

Da sottoscrivere al momento dell'inserimento in lista di attesa per il trapianto

Sono stato esaurientemente informato dal Dott. _____ su quanto segue: nonostante il notevole incremento del numero di donatori registrato in Italia negli ultimi 3 anni, la possibilità di soddisfare le richieste di trapianto di rene rimane ancora insufficiente. Per aumentare il numero dei donatori si è ipotizzata quindi la possibilità di utilizzare donatori HBsAg positivi in riceventi HBsAg positivi o, in condizioni di emergenza clinica, in riceventi HBsAg negativi sprovvisti di anticorpi verso il virus B o con anticorpi anti-HBs a titolo considerato protettivo. Tra tutti i pazienti in attesa di trapianto di rene, oltre ad una quota che risulta già HBsAg positivi, vi è un crescente numero di persone che presenta immunità nei confronti del virus e cioè che hanno una quantità elevata di anticorpi diretti verso il virus B, considerata "protettiva" per l'infezione stessa (HBsAg negativi, HBsAb positivi); questa condizione protettiva può essere acquisita o per una vecchia infezione o in seguito a vaccinazione. L'attuale disponibilità di farmaci ad attività antivirale nei confronti del virus B dell'epatite fa ritenere che il rischio connesso all'utilizzo di donatori HBsAg positivi possa essere considerato accettabile se si attuano le opportune misure di profilassi. Obiettivo del presente programma sarà pertanto la valutazione, nel trapianto di rene dell'effetto dell'utilizzo di organi da donatori HBsAg positivi in riceventi con positività dell'HBsAg o, limitatamente a pazienti in condizioni di emergenza clinica, con negatività dell'HBsAg sprovvisti di anticorpi verso il virus B o associata a positività degli anticorpi diretti contro l'antigene di superficie del virus B (HBsAb) a titolo considerato protettivo (10 UI/ml). Gli effetti saranno valutati in termini di insorgenza o progressione di epatite B e di sopravvivenza dell'organo trapiantato e del paziente.

Dovrò sottopormi, dopo il trapianto, oltre che alla terapia immunosoppressiva, anche alla profilassi e/o terapia dell'infezione da HBV, secondo i protocolli in uso presso il Centro Trapianti e dovrò sottopormi periodicamente ad accertamenti clinici, di laboratorio e strumentali finalizzati alla valutazione della funzionalità epatica e a documentare l'eventuale comparsa dell'infezione virale.

Accetto che i dati relativi alla mia partecipazione a questo programma siano utilizzati, in forma anonima, per pubblicazioni scientifiche. La partecipazione a tale programma di trapianto è del tutto volontaria e non implica alcuno svantaggio nell'assegnazione degli organi. So che potrò ritirare la mia disponibilità in ogni momento senza che questo possa pregiudicare il proseguimento delle cure mediche o la eventuale assegnazione di un organo. Ho compreso i contenuti del programma che mi è stato sottoposto e ho avuto risposte chiare ed esaurienti alle mie domande. Con la sottoscrizione di questo Consenso Informato accetto di essere trapiantato anche con un organo prelevato da donatore HBsAg positivo.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra indicato.

Data: ____/____/____

Firma del paziente Sig. _____

Data: ____/____/____

Firma del medico Dr. _____

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	<p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA</p>	<p>R75-2-31CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 22.02.10 Approvato DUO CRT</p>
	<p>Conferma consenso informato scritto per l'utilizzo di donatori positivi per l'antigene di superficie del virus B dell'epatite (HBsAg POS) nel trapianto di rene</p>	

Centro Trapianti Rene di _____

Da sottoscrivere al momento della disponibilità dell'organo per trapianto

Sono stato informato dal Dr. _____ che oggi è disponibile un organo da donatore HBsAg positivo e che vi è la possibilità del trapianto.

Confermo la mia disponibilità ad essere trapiantato con un organo prelevato da donatore HBsAg positivo e, quindi, di partecipare al programma di trapianto "**Utilizzo di donatori positivi per l'antigene di superficie del virus B dell'epatite (HBsAg POS) nel trapianto di rene**".

Data: ____/____/____

Firma del paziente Sig. _____

Data: ____/____/____

Firma del medico Dr. _____

	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-35CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 05.11.15 Approvato DUO
	Consenso informato per l'utilizzo di donatori a criteri estesi (rene singolo o doppio)	

Centro Trapianti Rene - Polo di: _____

Io sottoscritto (*) _____, dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal Dr. (*) _____ su quanto segue:

1. nonostante il notevole incremento del numero di donatori registrato in Italia negli ultimi anni, la disponibilità di organi per soddisfare le richieste di trapianto rimane ancora insufficiente;
2. per offrire maggiori possibilità di trapianto a tutti i pazienti in LAT, il Comitato Tecnico Regionale per i Trapianti in data 29 Settembre 2011 ha definito le regole per l'assegnazione dei reni da donatori a criteri estesi (età superiore a 65 anni o età compresa tra 50 e 65 con due comorbidità tra ipertensione arteriosa, decesso per patologia cerebrovascolare acuta e creatinina all'atto dell'osservazione >1.5 mg/dl).

Per tali donatori a criteri estesi è obbligatoria l'esecuzione della biopsia renale.

Il doppio trapianto si rende necessario quando il trapianto di uno solo dei due reni del donatore potrebbe infatti non essere in grado di fornire una funzione renale adeguata. Nei casi di doppio trapianto esiste un rischio chirurgico maggiore rispetto al trapianto singolo, essendo necessari due collegamenti con vene e arterie, due connessioni con la vescica e due ferite chirurgiche (posizionamento dei due organi rispettivamente in fossa iliaca destra e sinistra) e quindi, dal punto di vista estetico, due cicatrici. In particolari condizioni, in funzione della maggiore complessità del doppio trapianto, il chirurgo potrebbe trovarsi durante l'intervento nelle condizioni di poter posizionare uno solo dei due reni, senza avere la possibilità di comunicarlo al paziente. La somministrazione della terapia immunosoppressiva è, in ogni caso, la stessa rispetto al trapianto singolo;

3. i reni provenienti da donatori a criteri estesi potrebbero avere, inoltre, un rischio maggiore (rispetto al rischio STANDARD) di:
 - mancato funzionamento del rene (primary non function) o di ritardato funzionamento (delayed graft function);
 - perdita anticipata della funzione renale;
 - episodi di rigetto acuto nel breve termine;
4. l'adesione a questo programma è volontaria, non comporta per me alcuno svantaggio nell'assegnazione di reni provenienti da altri tipi di donatori e potrò ritirarla in ogni momento senza che questo possa pregiudicare il proseguimento delle cure mediche o l'eventuale assegnazione di un organo.

Dichiaro di aver compreso quanto sopra esplicitato, di aver ricevuto risposte chiare ed esaurienti a tutte le mie domande e che, in ogni caso, dovrò confermare questa mia adesione al momento della disponibilità di reni per trapianto provenienti da tali donatori.

Con la sottoscrizione della presente:

ACCETTO	RIFIUTO
<input type="checkbox"/> RENE SINGOLO Firma paziente: Sig. _____	<input type="checkbox"/> RENE SINGOLO Firma paziente: Sig. _____
<input type="checkbox"/> RENE DOPPIO Firma paziente: Sig. _____	<input type="checkbox"/> RENE DOPPIO Firma paziente: Sig. _____

Data ____/____/____

Firma del medico: Dr. _____

(*) da compilarsi in stampatello

 <p>CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE</p>	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-2-36CRT Rev. 0 Pagina 1 di 1 Emesso RGQ il 05.11.15 Approvato DUO CRT
	Conferma consenso informato per l'utilizzo di donatori a criteri estesi (rene singolo o doppio)	

Centro Trapianti Rene - Polo di _____

Da sottoscrivere al momento della disponibilità dei reni per il trapianto singolo o doppio

Io sottoscritto (*) _____ sono stato informato dal Dr. (*) _____ di essere stato selezionato dalla lista d'attesa regionale per un possibile trapianto di rene singolo o doppio da donatore a criteri estesi.

Con la sottoscrizione di questa Registrazione, confermo la mia disponibilità al trapianto con:

RENE SINGOLO

RENE DOPPIO

Prelevato/i da tale donatore.

Data ____/____/____

Firma del paziente: Sig. _____

Data ____/____/____

Firma del medico: Dr. _____

(*) da compilarsi in stampatello



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

R75-2-37CRT
Rev. 0 Pagina 1 di 2
Emesso RGQ il 09.02.2017
Approvato DUO

**Non idoneità
per inserimento in LAT rene**

Polo Trapianti Rene di _____

Referente lista di attesa Trapianto
Centro Dialisi di _____

e p. c. Centro Regionale Trapianti
Az. Osp. Reggio Calabria

Si comunica che il Sig/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. _____) e residente a _____
(Prov. _____) in via _____, in trattamento dialitico presso il Centro Dialisi di
_____ è stato valutato in data odierna per inserimento in lista d'attesa
per trapianto di rene ed è stato ritenuto:

Temporaneamente Non Idoneo per:

motivo per il quale dovrà:

Definitivamente Non Idoneo per:

motivo per il quale si chiede lo spostamento del paziente in Lurto da " *In Studio*" a " *Rifiutato*"

Data: ____/____/____

Firma del medico: Dr. _____



CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA

**Non idoneità
per inserimento in LAT rene**

R75-2-37CRT

Rev. 0 Pagina 2 di 2

Emesso RGQ il 09.02.2017

Approvato DUO

Modello di Avvenuta Ricezione

(Da restituire al Polo Trapianti debitamente compilato
da parte del Centro Dialisi e del Centro Regionale Trapianti)

A: Polo Tx Rene di _____	Da	<input type="checkbox"/> Referente LAT centro dialisi di: _____ Dr. _____ <input type="checkbox"/> Centro Regionale Trapianti: Dr. _____
Fax:	Pag.	1
Tel:	Data	

Dichiaro di avere ricevuto e presa visione della R75-02-37CRT relativa alla comunicazione dell'esito della visita collegiale per inserimento in LAT rene del Sig. _____.

La stessa è stata recepita nel contenuto dal sottoscritto.

Data

Timbro e Firma