

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-13-01CRT Rev. 5 del 04/08/2022 Pagina 1 di 5 Emesso RGQ il 09.08.17 Approvato DUO CRT
	CHECK LIST COORDINAMENTO DEL PROCESSO DONAZIONE E PRELIEVO ORGANI E TESSUTI (da compilarsi a cura del Coordinatore Ospedaliero) Accordo n. 17/CSR del 24 gennaio 2018	

Segnalazione del ____/____/____ Potenziale Donatore _____

- ☐ Verificare diagnosi etio-patogenetica certa (_____)
- ☐ Verificare assenza di fattori concomitanti in grado di interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo:
- ☐ assenza di farmaci depressori del S.N.C.
 - ☐ assenza di ipotermia (Ora rilevazione ____:____ Temperatura _____)
 - ☐ assenza di alterazioni endocrino-metaboliche
 - ☐ assenza di ipotensione arteriosa sistemica (Ora rilevazione ____:____ PA ____/____)
 - ☐ assenza di danno cerebrale anossico nelle ultime 24 ore
- ☐ Verificare assenza dello stato di vigilanza e di coscienza.
- ☐ Verificare assenza dei riflessi del tronco encefalico
- ☐ Assenza del riflesso corneale bilaterale;
 - ☐ Assenza del riflesso fotomotore bilaterale;
 - ☐ Assenza di reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino;
 - ☐ Assenza di risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato;
 - ☐ Assenza del riflesso oculo-cefalico bilaterale;
 - ☐ Assenza del riflesso oculo-vestibolare bilaterale;
 - ☐ Assenza del riflesso faringeo;
 - ☐ Assenza del riflesso carenale;
- Assenza di tutti i riflessi sopra elencati
- ☐ SI ☐ NO ➡ STOP
- ☐ Verificata assenza di respiro spontaneo tramite test dell'apnea
- ☐ SI ☐ NO ➡ STOP
- ☐ Verificata assenza di attività elettrica cerebrale documentata da EEG
- ☐ Flusso ematico cerebrale da eseguire obbligatoriamente nei seguenti casi:
- ☐ Bambini di età inferiore ad un anno;
 - ☐ Presenza di fattori concomitanti di grado tale da interferire sul quadro clinico-strumentale o sull'EEG
 - ☐ Assenza di diagnosi eziopatogenetica certa;
 - ☐ Situazioni cliniche che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco;
 - ☐ Presenza all'EEG di artefatti ineliminabili;
 - ☐ Situazioni cliniche che impediscono l'esecuzione dell'EEG;
 - ☐ Situazioni cliniche che impediscono l'esecuzione del test di apnea;
 - ☐ Insulto anossico da meno di 24 ore
- ☐ **NECESSARIO: ESEGUIRE ESAME RADIOLOGICO PER DIMOSTRARE ASSENZA DI FLUSSO**
- ☐ **ASSENZA DI FLUSSO ➡ è possibile attivare la procedura per la certificazione di morte con criteri neurologici**
 - ☐ **PRESENZA DI FLUSSO ➡ STOP - NON È POSSIBILE ATTIVARE LA PROCEDURA PER LA CERTIFICAZIONE DI MORTE**
- ☐ **NON NECESSARIO ➡ È POSSIBILE ATTIVARE LA PROCEDURA PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE**
- ☐ Inviare comunicazione alla Direzione Medica di Presidio per convocazione Collegio Medico

- ☐ **Avvisare tempestivamente il Centro Regionale Trapianti al n. 0965 393278 o al n. 320 4794286 (H24)**
 o Referente CRT Dr. _____ contattato alle ore _____
- ☐ **Comunicare al CRT: nome, cognome, data di nascita, emogruppo, peso e altezza del potenziale donatore**
- ☐ **Trasmettere 1° Emogruppo al CRT via mail all'indirizzo: crtcalabria@ospedalerc.it**
- ☐ **Attivare GEDON inserendo tutte le informazioni relative al potenziale donatore richieste dal sistema:**
- ☐ Anagrafica;
 - ☐ Emogruppo;
 - ☐ Decorso clinico;
 - ☐ Dati antropometrici;
 - ☐ Anamnesi (riportare quali sono le eventuali patologie organo-specifiche e descrivere dettagliatamente durata e/o epoca di insorgenza e/o trattamento degli elementi noti);
 - ☐ Esame obiettivo esterno con descrizione secrezioni bronchiali e relative specifiche sulle anomalie riscontrate;
 - ☐ Parametri emodinamici e farmaci inotropi;
 - ☐ Emogasanalisi basale e con FiO2 a 100 e PEEP a 5;
 - ☐ Temperatura corporea;
 - ☐ Trasfusioni durante il ricovero ed eventuale calcolo emodiluizione;
 - ☐ Eventuali colture disponibili e terapia antibiotica in atto;
 - ☐ Esami ematochimici del giorno della donazione ed esame urine;
 - ☐ Marcatori virali (anche del giorno precedente).
- ☐ **Comunicazione di morte ai congiunti del potenziale donatore alle ore ____:____**
 o *Aventi diritto* _____
- ☐ **Verificare con gli aventi diritto eventuale volontà del potenziale donatore e far sottoscrivere il Verbale di Informazione alla Donazione di Organi e Tessuti (R75-04-5CRT Rev. 5 dell'1/12/2021 - Dichiarazione di non opposto rifiuto)**
- ☐ **Verificare necessità di richiesta NULLA OSTA alla Autorità Giudiziaria**
- | | | |
|--|---|--|
| ☐ <i>Incidente stradale</i> | ☐ <i>Infortunio sul lavoro</i> | ☐ <i>Omicidio</i> |
| ☐ <i>Suicidio</i> | ☐ <i>Morte sospetta</i> | ☐ NON NECESSARIO |
- ☐ **Contattare il SUEM 118 per trasporto materiale immunologico a Lab. HLA Reggio Calabria**
- ☐ *Compilare le registrazioni da allegare ai campioni (R75-14-2CRT e R75-14-3CRT)*
 - ☐ *Partenza dei campioni alle ore _____ arrivo previsto alle ore _____*

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-13-01CRT Rev. 5 del 04/08/2022 Pagina 3 di 5 Emesso RGQ il 09.08.17 Approvato DUO CRT
	CHECK LIST COORDINAMENTO DEL PROCESSO DONAZIONE E PRELIEVO ORGANI E TESSUTI (da compilarsi a cura del Coordinatore Ospedaliero) Accordo n. 17/CSR del 24 gennaio 2018	

- ☐ **Verificare:**
- ☐ *Richiesta 2° emogruppo di conferma*
 - ☐ *Richiesta esami virologici, colturali (R75-14-1CRT) ed esame urine completo (vedi pag. 5)*
 - ☐ *Emodiluzione:*
 - ☐ *SI (compilare R75-14-5CRT e trasmetterla al CRT al fax 0965 395277)*
 - ☐ *NO*
 - ☐ *Richiesta RX torace alle ore _____ Dott. _____*
 - ☐ *Richiesta ecocardio alle ore _____ Dott. _____*
 - ☐ *Richiesta eco addome alle ore _____ Dott. _____*
 - ☐ *Richiesta broncoscopia alle ore _____ Dott. _____*
 - ☐ *Compilare modulo OTO score*
 - ☐ *Richiesta coronarografia alle ore _____ Dott. _____*

- ☐ **Trasmettere al CRT via fax al n. 0965 395277**

☐ <i>Dichiarazione di non opposto rifiuto</i>	☐ <i>2° emogruppo</i>	☐ <i>Marcatori virologici</i>
☐ <i>Esame urine completo</i>	☐ <i>Modulo OTO score</i>	

- ☐ **Se necessario: Acquisire Nulla Osta Autorità Giudiziaria al prelievo e trasmetterlo al CRT al fax 0965 395277**
- ☐ **Verificare esecuzione esami colturali di legge durante CAM (vedi pag.5)**
- ☐ **Acquisire verbale di accertamento morte del Collegio Medico e trasmetterlo al CRT al fax 0965 395277**
- ☐ **Verificare completezza dati inseriti in GEDON**
- ☐ **Allertare oculista/medico prelevatore per valutazione tessuti corneali**
- ☐ **Compilare la "Scheda Informativa Prelievo" (Rev. 4 del 2021) da inviare alla Banca Occhi di Cosenza con le cornee**
- ☐ **Allertare, come da indicazioni del Centro Regionale Trapianti:**
 - ☐ *Sala Operatoria x orario incisione ore _____:_____ - Referente _____*
 - ☐ *SUEM 118 per arrivo equipe di prelievo in aeroporto - Operatore _____ ore _____:_____*
- ☐ **Predisporre quanto necessario per l'eventuale adeguato confezionamento dei reni da inviare c/o Centri di Trapianto fuori regione (un contenitore grande per il rene ed uno piccolo per il materiale biologico)**
- ☐ **Richiedere al Centro Trasfusionale n° _____ sacche di sangue**
- ☐ **Allertare reperibile Anatomia Patologica per biopsia: Dr. _____ ore _____**
- ☐ **Trasportare il donatore in sala operatoria**
- ☐ **Compilare le richieste per eventuali esami biotipici in sede di prelievo (R75-08-1CRT)**

DOPO IL PRELIEVO

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-13-01CRT Rev. 5 del 04/08/2022 Pagina 4 di 5 Emesso RGQ il 09.08.17 Approvato DUO CRT
	CHECK LIST COORDINAMENTO DEL PROCESSO DONAZIONE E PRELIEVO ORGANI E TESSUTI (da compilarsi a cura del Coordinatore Ospedaliero) Accordo n. 17/CSR del 24 gennaio 2018	

- ☐ **Predisporre la modulistica da far compilare alle equipe di prelievo**
 - R75-08-2CRT - Valutazione intraoperatoria idoneità donatore organi
 - R75-08-3CRT - Verbale di prelievo di organi e tessuti
 - R75-08-4CRT - Necro Kidney
- ☐ **Verificare la corretta compilazione della modulistica di prelievo e trasmetterla al CRT al fax 0965 395277**
- ☐ **Verificare accurata ricomposizione della salma e provvedere al trasferimento in obitorio**
- ☐ **Se rene assegnato a paziente selezionato sul Programma Nazionale Iperimmuni (PNI) o Urgenze:**
 - posizionare il rene all'interno del contenitore più grande ed il materiale immunologico in quello più piccolo, che va posizionato all'esterno di quello contenente il rene per come descritto nella "Procedura nazionale confezionamento, conservazione trasporto di reni e campioni biologici a scopo di trapianto", operativa dal 15 Luglio 2021;
 - seguire le indicazioni comunicate dal CRT per l'invio al Centro di trapianto extra-regionale, attivando il SUEM 118 per la consegna a Polaria o Polizia Stradale;
- ☐ **Attivare SUEM 118 per consegna:**
 - contenitori con i reni a Poli Tx RC e/o CS, se reni assegnati a pazienti selezionati su lista regionale
 - contenitori con le cornee a Banca Occhi Calabria assieme alla Scheda Informativa Prelievo Rev. 4/2021
- ☐ **Verificare giornalmente risultato emocolture eseguite sul donatore prima e/o durante CAM e, in caso di positività:**
 - avvisare tempestivamente il CRT al n. 0965 393278 o al n. 320 4794286 (H24)
 - inserire in GEDON la positività rilevata
 - trasmettere il referto al fax 0965 395277

DATA

FIRMA (leggibile)

____/____/____

Dr. _____

Per la definizione del livello di rischio relativo alle patologie infettive, la tabella successiva è stata aggiornata secondo le indicazioni contenute nell'Accordo di Conferenza Stato Regioni n. 17 del 24 gennaio 2018 recante *"Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi"*.

Il processo di valutazione d'idoneità, relativo anche alle patologie neoplastiche e/o ematologiche, deve essere inteso come un percorso orientato a raccogliere, attraverso l'anamnesi, le indagini di laboratorio, l'esame clinico e l'osservazione al tavolo operatorio, il maggior numero possibile di informazioni tese non ad escludere ma ad accertare se esistano patologie trasmissibili dal donatore al ricevente.

Per casi particolari, il Centro Regionale Trapianti consulterà gli esperti Second Opinion Nazionale indicati dal Centro Nazionale Trapianti.

 CENTRO REGIONALE TRAPIANTI FEDERICA MONTELEONE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA	R75-13-01CRT
	CHECK LIST COORDINAMENTO DEL PROCESSO DONAZIONE E PRELIEVO ORGANI E TESSUTI (da compilarsi a cura del Coordinatore Ospedaliero) Accordo n. 17/CSR del 24 gennaio 2018	Rev. 5 del 04/08/2022 Pagina 5 di 5 Emesso RGQ il 09.08.17 Approvato DUO CRT

ESAMI VIROLOGICI, COLTURALI ED ESAME URINE COMPLETO	
HBV	HBsAg - Anti HBs (HBsAb Titolato) - Anti HBc Totali - Anti HBc IgG - Anti HBc IgM - HBe Ag - Anti HBe
HBV-DNA	Se HBsAg POSITIVO e/o HBcAb POSITIVO
HDV	Se HBsAg POSITIVO richiedere HDV-IgG o HDV Ag o HDV- RNA
HCV	Anti-HCV
HCV-RNA	Se anti-HCV POSITIVO Se HCV RNA POSITIVO eseguire genotipo
HIV	Anti-HIV 1 e 2
HIV-RNA	Se anti-HIV POSITIVO
SARS CoV2	da BAL effettuato massimo 24 h prima dell'accertamento
TPHA	Se POSITIVO richiedere VDRL
VDRL	Se POSITIVO richiedere biomolecolari HBV DNA - HCV RNA - HIV RNA
CMV	Richiedere solo anticorpi di classe IgG
TOXO	Richiedere solo anticorpi di classe IgG
VZV	Richiedere solo anticorpi di classe IgG
HSV 1-2	Richiedere solo anticorpi di classe IgG
EBV	Richiedere anticorpi VCA-IgG ed EBNA
BHCG	Richiedere per tutte le donne in età fertile decedute per emorragia cerebrale da causa sconosciuta
HTLV 1-2	Solo per donatori provenienti da aree endemiche stagionali indicate periodicamente dal CNT in base all'andamento epidemiologico della patologia
Chikungunia	Solo per donatori provenienti da aree endemiche stagionali indicate periodicamente dal CNT in base all'andamento epidemiologico della patologia
West Nile Virus	Solo per donatori provenienti da aree endemiche stagionali indicate periodicamente dal CNT in base all'andamento epidemiologico della patologia
Zika Virus	Solo per donatori provenienti da aree endemiche stagionali indicate periodicamente dal CNT in base all'andamento epidemiologico della patologia
Dengue Virus	Solo per donatori provenienti da aree endemiche stagionali indicate periodicamente dal CNT in base all'andamento epidemiologico della patologia
Chagas Virus	Solo per donatori nati o che abbiano vissuto per periodi prolungati o che siano nati da madre originaria di uno dei Paesi dove la malattia è endemica
Monkeypox	Solo per contatti stretti di casi confermati o sospetti oppure in caso di recenti viaggi in aree affette da casi autoctoni di MPX o in paesi endemici (Canarie)
Emocolture	Eseguire tre prelievi a distanza di mezz'ora durante l'accertamento di morte
Tracheoaspirato o BAL	Esame colturale da eseguire durante l'accertamento di morte
Tampone rettale	Esame colturale da eseguire durante l'accertamento di morte
Urine	Esame chimico-fisico + urinocoltura da eseguire durante l'accertamento di morte
PSA	Su tutti i donatori a partire dai 50 aa Se PSA POSITIVO: visita urologica e compilazione modulo CNT per valutazione Prostata