



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.	<u>0157</u>
del	<u>17 FEB. 2020</u>

Oggetto: *C.A.D.T.O. COMMISSIONE PERMANENTE AZIENDALE IN MATERIA DI DONAZIONI, PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI DELLA ASL BARI. Approvazione procedura "Dall'accertamento di morte cerebrale alla donazione di organi e tessuti".*

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Delibera n. 1492 del 05.09.2018, con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria del Funzionario Amministrativo di Direzione Generale - Direzione Sanitaria Aziendale Avv. Gianpaolo Parisi e della proposta formulata dal Coordinatore Aziendale per la Donazione di Organi e Tessuti Dott. Giuseppe Tarantino che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

PREMESSO :

- che con Legge n. 91 del 01.04.1999, sono state varate le "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti";
- che con Decreto 8 aprile 2000 sono state approvate le "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto";
- che con Legge n. 578 del 29.12.1993, sono state confermate le "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte";

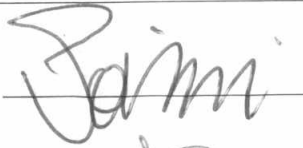
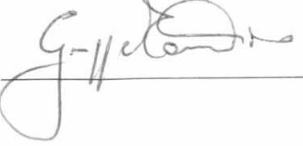
- che con D.G.R. n. 279 del 21.03.2000 è stato istituito il “Coordinamento Regionale dell'attività di prelievo e trapianto di organi. Provvedimento”;
- che con Decreto Ministeriale del giorno 11 Aprile 2008 è stato varato l’“Aggiornamento del Decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al regolamento recante le modalità per l’ accertamento e la certificazione di morte” (D.M. 11/04/2008, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 12 Giugno 2008, n. 136).
- che con D.G.R. n. 38 del 26.01.2010 è stata data attuazione al “Registro Regionale informatizzato di nefrologia, dialisi e trapianto”;
- che con D.G.R. n. 304 del 17.02.2011 veniva deliberato il provvedimento ad oggetto “L.R. n. 25 del 03.08.2007, art. 20 - L.R. n. 45 del 23.12.2008, art. 11 Attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti per la ASL BA. Determinazioni;
- che con Deliberazione del Direttore Generale ASL Bari n. 31 del 13.01.2017 veniva costituita la “Commissione Permanente Aziendale in materia di donazioni, prelievi e di trapianti di organi e di tessuti della ASL BARI” - (C.A.D.T.O.) preposto ad affrontare la grave situazione di riduzione dell’attività d’organi a scopo trapianto;
- che con Deliberazione del Direttore Generale ASL Bari n. 1024 del 31.05.2017 veniva approvato il nuovo regolamento della “Commissione Permanente Aziendale in materia di donazioni, prelievi e di trapianti di organi e di tessuti della ASL BARI” - (C.A.D.T.O.);

CONSIDERATO :

- che la Commissione Permanente Aziendale in materia di donazioni, prelievi e di trapianti di organi e di tessuti della ASL BARI, si è riunita in data 24.01.2020 presso la Direzione Generale Lungomare Starita n. 6 della ASL BARI, giusta convocazione prot. n. 3126/1 del 08.01.2020;
- che la Commissione Permanente Aziendale in materia di donazioni, prelievi e di trapianti di organi e di tessuti della ASL BARI, ha trasmesso alla Direzione Strategica Aziendale il verbale della seduta del 24.01.2020, con il quale veniva approvata la procedura “Dall’accertamento di morte cerebrale alla donazione di organi e tessuti”;
- che la medesima procedura è stata redatta da un gruppo di lavoro costituito dai: Dott.ssa Maria d’Amato, Dott. Vincenzo Defilippis, Dott. Gaetano De Fini, Dott. Giovanni Di Vagno, Dott. Andrea Gigliobianco, Dott.ssa Gabriella Ingenito, Dott. Domenico Labate, Dott.ssa Angela Leaci, Dott. Nicola Lorusso, Dott. Domenico Milella, Dott. Alessandro Sansonetti, Dott. Michele Scelsi, Dott. Giuseppe Tarantino e Avv. Gianpaolo Parisi, verificata dalla CADTO Commissione Permanente Aziendale in materia di donazioni, prelievi e di trapianti di organi e di tessuti ed approvata dalla Direzione Generale della ASL BARI;
- il bisogno di recepire la succitata procedura per la definizione di un percorso diagnostico omogeneo su tutto il territorio aziendale in merito;

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

AVV. GIANPAOLO PARISI

**IL COORDINATORE DONAZIONI ORGANI
E TESSUTI**

DOTT. GIUSEPPE TARANTINO

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.


Assunto quanto in premessa.

Per le motivazioni esposte, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto dispositivo.

DELIBERA

- di disporre che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa;
- di approvare, come da verbale della seduta del 24.01.2020, la procedura “Dall’accertamento di morte cerebrale alla donazione di organi e tessuti” della C.A.D.T.O. Commissione Permanente Aziendale in materia di donazioni, prelievi e di trapianti di organi e di tessuti della ASL BARI, compiegata e parte integrante del presente provvedimento deliberativo;
- di trasmettere il presente provvedimento al Centro Regionale Coordinamento Trapianti Puglia c/o A.O.U. Consorziale Policlinico Bari, ai componenti del Comitato Aziendale in parola, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari, alle Direzioni dei Dipartimenti, alla Dott.ssa Angela Leaci Direttore Dipartimento Servizi Direzionali e per il suo tramite alle Direzioni Mediche e Amministrative dei Presidi Ospedalieri, alle Direzioni delle UU.OO. di Rianimazione dei PP.OO. Di Venere, San Paolo, Altamura, Monopoli della ASL BARI;

Il Dirigente Responsabile del Procedimento sulla base della propria istruttoria e proposta ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità; nel sottoscrivere il presente atto, evidenzia che lo stesso non comporta alcun onere, ovvero alcun costo a carico della ASL BARI.

	PROCEDURA	Pagina 1 di 10
	PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ
5. MODULI ED ALLEGATI
6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI


APPENDICE

- a) DM 11/04/2008
- b) Linee guida per l'applicazione delle indagini strumentali di flusso ematico cerebrale
- c) Linee guida angioTac
- d) Testo TPM presente in tutte le Rianimazioni

Redatto da	Verificato	Approvato	Data di emissione
Gruppo di Lavoro C.A.D.T.O.	Commissione C.A.D.T.O.	Direzione Generale	24.01.2020





	PROCEDURA	Pagina 2 di 10
	PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	

1.SCOPO

Fornire indicazioni relative alla corretta applicazione delle modalità di accertamento e certificazione della morte encefalica ai sensi della normativa vigente.

Il prelievo di organi da donatore a cuore battente a scopo di trapianto risulta una delle attività sanitarie identificate quale obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Nazionale.

Gli **Obiettivi** della seguente procedura definiscono ogni aspetto relativo a:

- A. Identificazione del paziente in Morte Encefalica
- B. Modalità di allertamento del Collegio Medico
- C. Accertamento di morte encefalica
- D. Valutazione dell'idoneità del potenziale donatore
- E. Colloquio con i familiari
- F. Trasporto in Sala Operatoria
- G. Modulistica

2.CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai pazienti ricoverati in Rianimazione affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie e per i quali emergano condizioni cliniche da cui si evinca la cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche.

3.TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

- a. Morte Encefalica: ME
- b. Collegio Medico: CM
- c. Potenziale donatore d'organo: PDO
- d. Sala Operatoria: SO
- e. Direzione Medica: DM
- f. Centro Regionale Trapianti: CRT
- g. Elettroencefalogramma: EEG



PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE
CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ

Il medico Rianimatore constata la cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche del paziente ricoverato, affetto da gravissima lesione cerebrale e, a completamento della valutazione, richiede l'esecuzione dell'EEG alla Neurologia del proprio ospedale, secondo le modalità stabilite dal D.M. 11/04/2008 (**Appendice a**).

Il Rianimatore nelle situazioni particolari previste dal D.M. 11/04/2008 (**Appendice b**), richiede l'esecuzione della valutazione del flusso ematico cerebrale.

In **Appendice c** si riportano le Linee guida attuali (2014) per l'Angiotac cerebrale.

Il medico Rianimatore verificherebbe le seguenti condizioni:

- stato di incoscienza
- assenza dei riflessi del tronco encefalico
- assenza di respiro spontaneo
- silenzio elettrico cerebrale

(eventuale assenza di flusso ematico cerebrale)

pone diagnosi di morte ai sensi del D.M. 11/04/2008 e comunica alla Direzione Medica di P.O. la presenza di paziente areflessico e con EEG isoelettrico, al fine della convocazione del CM per l'accertamento della morte encefalica.

MODULO "Segnalazione di paziente areflessico e con EEG isoelettrico presso il centro di Rianimazione" (Allegato 1).

La DM procede a nominare il CM, composto da:

- Medico Rianimatore (diverso da quello che ha posto diagnosi di morte);
- Neurofisiopatologo o Neurologo o Neurochirurgo esperto in elettroencefalografia;
- Medico Legale o Anatomo-patologo o Medico di DM.

La nomina del CM per l'accertamento di ME viene effettuata da parte della DM con **MODULO "Nomina Collegio Medico per accertamento della morte encefalica" (Allegato 2).**



PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE
CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Per l'accertamento di morte, il Neurologo / Neurochirurgo / Neurofisiopatologo che fa parte del CM attiva il Tecnico di Neurofisiologia per l'esecuzione del EEG. I tecnici di neurofisiopatologia sono reperibili per specifica pronta disponibilità nelle fasce pomeridiane, notturne e festive.

Una volta riunitosi, il CM valuta le condizioni previste dall'art. 3 del D.M. 11/04/2008 e procede all'accertamento della morte, la cui durata è non inferiore alle 6 ore indipendentemente dall'età del soggetto.

Nel neonato l'accertamento di morte può essere eseguito solo se la nascita è avvenuta dopo la trentottesima settimana di gestazione e, comunque, dopo una settimana di vita extrauterina.

In tutti i casi di danno cerebrale anossico in seguito ad arresto cardiaco, l'accertamento di morte non può iniziare prima che siano trascorse 24 ore dall'arresto, ad eccezione del caso in cui sia stata evidenziata l'assenza di flusso ematico cerebrale.

Il Rianimatore di guardia avvisa i parenti, che vengono invitati a raggiungere il reparto.


Il Rianimatore comunica ai parenti la morte del loro congiunto e li informa dell'ora dell'inizio dell'accertamento di morte.

Nel corso dell'osservazione, il CM accerta per due volte (all'inizio e alla fine) la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- stato di incoscienza
- assenza di respiro spontaneo
- assenza dei riflessi del tronco encefalico
- silenzio elettrico cerebrale.

L'eventuale indagine strumentale di valutazione di flusso ematico cerebrale già eseguita non va ripetuta ma acquisita agli atti.

La cessazione del battito cardiaco durante l'osservazione comporta l'interruzione della procedura, salvo già acquisita la non opposizione alla donazione di organi, che implica l'esecuzione di manovre rianimatorie secondo protocollo ACLS, al fine della ripresa di un ritmo cardiaco efficace che preservi gli organi del donatore. Nel caso riprenda il circolo, l'accertamento della morte continua fino al completamento del periodo di osservazione.

	PROCEDURA	Pagina 5 di 10
	PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	

Al termine dell'accertamento di ME, il CM redige il MODULO **“Verbale di Accertamento di Morte” (Allegato 3)**, che trasmette alla DM di Ospedale.

ATTIVITÀ CONTESTUALI-COORDINATE

Iniziato l'accertamento di ME, il Rianimatore di guardia informa il Coordinatore Locale per le donazioni, o in sua assenza il Responsabile dell'U.O. di Rianimazione o suo delegato, della presenza di un potenziale donatore di organi in morte encefalica.

Il Coordinatore Locale valuta l'idoneità del potenziale donatore in collaborazione con il CRT fornendo notizie anamnestiche, esami ematochimici e colturali, accertamenti diagnostici secondo le Linee Guida Nazionali.

In caso di pazienti politrasfusi prima dell'esecuzione dei prelievi di valutazione dell'idoneità è necessario compilare il modulo **(Allegato 4)**.

Il Coordinatore Locale di concerto con il CRT e il CNT si può avvalere di consulenze specialistiche e di ulteriori indagini strumentali, al fine di valutare l'idoneità dei singoli organi del donatore.

Nei soggetti maschi di età > 50 aa. o se richiesto dal CRT, viene effettuata una consulenza specialistica dal Consulente Urologo, che compila lo specifico modulo di valutazione per la prostata **(Allegato 5)**.

Per la valutazione dei singoli organi del donatore può essere richiesta una *second opinion* rivolgendosi a specialisti esperti reperibili H 24 a livello nazionale, tramite il CRT.

Il Coordinatore Locale compila la **“Scheda di Segnalazione di Potenziale Donatore” (Allegato 6)**, che invia al CRT (mail: crt.segreteria@policlinico.ba.it).


In caso di non donazione il Coordinatore Locale compila ed invia **la scheda di segnalazione di accertamento di morte (Allegato 6 bis)**.

Ricevuta la segnalazione, il CRT consulta l'anagrafe del Sistema Informativo Trapianti (SIT) per verificare se il potenziale donatore abbia espresso in vita volontà di donare.

In assenza di dichiarazione di volontà scritta, il Coordinatore Locale inizia il colloquio con gli aventi diritto per acquisire la non opposizione alla donazione.

La modalità di approccio ai parenti durante il colloquio sia per quanto riguarda la comunicazione della morte che della richiesta di non opposizione



	PROCEDURA	Pagina 6 di 10
	PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	

alla donazione è propria di ogni equipe medico-infermieristica della Rianimazione.

All'esito del colloquio il Rianimatore compila:

- **“Modulo di Non opposizione/ opposizione per la Donazione di Organi e Tessuti” (Allegato 7);**
- **“Modulo di Informativa dell'avvenuta dichiarazione di volontà espressa in vita” (Allegato 7 bis).**

Il Rianimatore di guardia e l'infermiere dedicato al soggetto in morte garantiscono il mantenimento dell'omeostasi corporea dal punto di vista emodinamico, respiratorio, dell'equilibrio acido-base, degli elettroliti, della temperatura corporea e dell'assetto emocoagulativo al fine di portare a termine l'accertamento di morte.


Nel caso in cui le presunte cause di morte del paziente siano riconducibili ad ipotesi di reato perseguibile d'ufficio e vi sia la possibilità di donare, il Rianimatore provvede ad informare il Magistrato competente e a richiedere il nullaosta al prelievo di organi e tessuti **MODULO (Allegato 8)**.

Acquisita la volontà donativa e valutato il livello di rischio della donazione (stabilito dal CRT), il Coordinatore Locale invia campioni biologici al Centro di Tipizzazione del Policlinico di Bari **(Allegati 9 e 10)** e resta in attesa delle informazioni riguardanti l'allocazione degli organi e la tempistica dell'ingresso in sala operatoria del donatore, che deve coincidere con l'arrivo delle equipe di prelievo.

Terminato l'accertamento di morte, il Rianimatore deve redigere la denuncia di causa di morte (scheda ISTAT).

Se le equipe di prelievo lo richiedono, l'anatomo-patologo deve essere già allertato.

Gli esami a fresco, necessari per il PDO, vengono eseguiti presso l'Unità Operativa di Anatomia Patologica dell'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari (tel. 080. 5555111).

 ASLBA	PROCEDURA	Pagina 7 di 10
	PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	

Nella fascia notturna e nei giorni festivi occorre attivare l'anatomo-patologo in pronta disponibilità, contattando il centralino dell'IRCCS.


Il Rianimatore porta in Sala Operatoria la documentazione, la cartella clinica, la modulistica compilata in occasione dell'accertamento di morte e la affida al collega Anestesista di turno.

Al termine del prelievo d'organi l'Anestesista si assicura che tutta la documentazione presente sia correttamente compilata e firmata, compreso il verbale di prelievo d'organi e / o tessuti oculari (vedi **"Modulo prelievo tessuti oculari" allegato 11**) e che la salma sia adeguatamente ricomposta.

Il personale infermieristico di SO affiderà la salma al personale necroforo per il trasferimento in Obitorio.

Tutta la documentazione del donatore messa a disposizione del personale del Quartiere Operatorio, dovrà essere restituita all'U.O. di Rianimazione.

I verbali di prelievo devono essere inviati al CRT.

	PROCEDURA	Pagina 8 di 10
	PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	

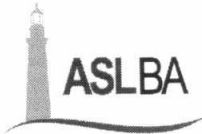
5. Moduli ed allegati

L'accertamento di morte con criteri neurologici ed il prelievo di organi sono caratterizzati dalla tracciabilità delle attività svolte a garanzia del rigore d'applicazione e del rispetto della normativa vigente in materia.

Di seguito sono elencati i moduli necessari per la gestione dell'iter su descritto:

- ✓ **SEGNALAZIONE DI PAZIENTE AREFLESSICO E EEG ISOELETTRICO**
Compilato dal Rianimatore ed inviato in DM (ALLEGATO 1)
- ✓ **NOMINA COLLEGIO MEDICO**
Compilato dalla DM (ALLEGATO 2)
- ✓ **VERBALE DI ACCERTAMENTO DI MORTE**
Compilato dal CM (ALLEGATO 3)
- ✓ **CALCOLO E MODILUZIONE CRT PUGLIA**
Compilato dal Rianimatore (ALLEGATO 4)
- ✓ **MODULO PER LA VALUTAZIONE DELLA PROSTATA NEL PDO**
Compilato dal consulente Urologo (ALLEGATO 5)
- ✓ **SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI PDO**
Compilata dal Rianimatore. Nb: Allegare una copia in cartella. (ALLEGATO 6)
- ✓ **SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI ACCERTAMENTO DI MORTE**
Compilata dal Rianimatore. (ALLEGATO 6BIS)
- ✓ **Modello di non opposizione/opposizione per la donazione di organi e tessuti**
Compilata dal Rianimatore. (ALLEGATO 7)
- ✓ **Modello di Informativa avvenuta dichiarazione di volontà espressa in vita**
Compilata dal Rianimatore. (ALLEGATO 7bis)
- ✓ **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PROCURA**
Compilata dal Rianimatore (ALLEGATO 8)
- ✓ **ARCHIVIO BIOLOGICO**
Compilato dal Rianimatore (ALLEGATO 9)
- ✓ **TIPIZZAZIONE TISSUTALE**
Compilato dal Rianimatore (ALLEGATO 10)
- ✓ **MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI**
Compilato dal Rianimatore (sez. 1 – 7, 9) e dal Medico Prelevatore (sez. 8, 10). (ALLEGATO 11)



	PROCEDURA	Pagina 9 di 10
	PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	

6. BIBLIOGRAFIA

1. Legge 29 Dicembre 1993, n. 578 "NORME PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE" (L. 578/93)
2. Legge 12 Agosto 1993, n. 301, art. 1
3. Legge 01 Aprile 1999, n. 91: "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI" (L. 91/99)
4. Decreto Ministeriale del giorno 11 Aprile 2008 "AGGIORNAMENTO DEL DECRETO 22 AGOSTO 1994, N. 582 RELATIVO AL REGOLAMENTO RECANTE LE MODALITÀ PER L' ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE" (D.M. 11/04/2008, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 12 Giugno 2008, n. 136).
5. TPM. Manuale del Corso Nazionale per Coordinatori alla donazione e prelievo di organi e tessuti. VII edizione. Bologna: Editrice compositori, 2012.
6. Linee Guida Centro Nazionale Trapianti – versione aggiornata del 2016 (CNT): "APPLICAZIONE DELLE INDAGINI STRUMENTALI DI FLUSSO EMATICO CEREBRALE" (LG-CNT).
7. Centro Nazionale Trapianti, aggiornamento del 2016 in materia di donazione d'organo.



PROCEDURA DALL'ACCERTAMENTO DI MORTE
CEREBRALE ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

FLOW CHART

Il Rianimatore

Paziente ricoverato in rianimazione:

- stato di incoscienza
- assenza dei riflessi del tronco encefalico
- assenza di respiro spontaneo

EEG

Prove di flusso ematico cerebrale

- stato di incoscienza
- assenza dei riflessi del tronco encefalico
- assenza di respiro spontaneo
- EEG isoelettrico

Segnalazione alla DM per convocazione
Collegio Medico per l'accertamento
della morte encefalica

CM Collegio Medico:

- Medico Rianimatore
- Neurologo
- Medico Legale o di DM

Convocazione del Collegio Medico e
inizio dell'accertamento di morte

Mantenimento del potenziale donatore

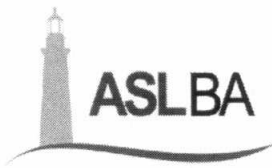
Il Coordinatore Locale

Segnalazione al CRT : SIT
Colloquio con i parenti
Acquisizione della non opposizione

Eventuale nullaosta
della Procura

Consulenze e valutazione dell'idoneità
CRT e CNT (second opinion)
Valutazione del rischio
Allocazione degli organi

Sala operatoria
Prelievo degli organi e
delle cornee



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Presidio Ospedaliero _____

U.O.C. di Anestesia e Rianimazione

Direttore: _____

Alla Direzione Medica P. O. _____

OGGETTO: Segnalazione di paziente areflessico e EEG isoelettrico presso la U.O. di Rianimazione

Secondo quanto previsto dal D.M. dell' 11/04/2008, pubblicato su G.U. n. 138 del 12/06/2008, si segnala a questa Direzione Medica la presenza presso questo Centro di Rianimazione:

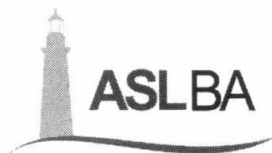
del Sig./ Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

affetto da lesione cerebrale, areflessico e con EEG isoelettrico.
Sussistendo le condizioni previste dalla legge, si chiede di convocare il Collegio Medico per l' accertamento della morte.

Il Dirigente Medico

_____, li _____



REGIONE PUGLIA
 AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
Presidio Ospedaliero _____

U.O.C. Direzione Medica
 (Direttore : _____)

Prot. n° _____ /UOR _____

Al Dirigente Responsabile
 U.O.C. Anestesia e Rianimazione

Oggetto: Nomina Collegio Medico per accertamento della morte cerebrale

In riferimento alla Sua del ____/____/____ questa Direzione Medica, verificate le disponibilità dei Professionisti previsti ai sensi del D.M. del 11.04.2008, al fine di effettuare l'accertamento della morte cerebrale del/la Signor/a _____, nato/a a _____ in data ____/____/____, nomina il Collegio Medico composto da:

DOTT. _____ Medico Neurologo/Neurochirurgo/Neurofisiopatologo

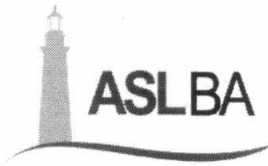
DOTT. _____ Medico Anestesista – Rianimatore

DOTT. _____ Medico Legale o Medico di Direzione Medica
 Ospedaliera o Anatomo Patologo

Distinti saluti.

Il Direttore Medico di Presidio

d



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Presidio Ospedaliero _____**U.O.C. di Anestesia e Rianimazione**

Direttore _____

Verbale di Accertamento della Morte _____

Nat ___ a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Il ___ del mese _____ dell' anno _____ alle ore _____

si è riunito il Collegio Medico costituito da:

- 1) Dott. _____ (Medico Legale – Anatomopatologo – Medico di DM)
- 2) Dott. _____ (Anestesista Rianimatore)
- 3) Dott. _____ (Neurologo esperto in EEG)

Allo scopo di accertare la realtà della morte del paziente sopra generalizzato, il quale è affetto da lesione encefalica e sottoposto a misure rianimatorie.

Il Collegio constata che il paziente in oggetto si trova nelle condizioni indicate nell'art. 2 del D. M. 11/04/2008 pubblicato su G.U. n. 136 del 12/06/2008 (stato di incoscienza, assenza di riflessi del tronco cerebrale e di respiro spontaneo, silenzio elettrico cerebrale).

Il Collegio Medico, all'inizio e alla fine del periodo di osservazione, controlla la contemporanea presenza delle predette condizioni.

Con l'inizio dell'osservazione alle ore ___ del _____, detti controlli sono stati effettuati durante un arco di ___ ore ___ minuti, durante il quale il Collegio Medico ha constatato il persistere, senza alcuna variazione, delle condizioni di cui all'art. 3 del suddetto decreto.

Il Collegio Medico, pertanto, persistendo la simultaneità delle condizioni previste dalla legge in oggetto, esprime giudizio unanime sull'orario della morte: ore ___ del _____.

- 1) Dott. _____ (Medico Legale – Anatomopatologo – Medico di DM)
- 2) Dott. _____ (Anestesista Rianimatore)
- 3) Dott. _____ (Neurologo esperto in EEG)

Note : _____

CALCOLO EMODILUIZIONE CENTRO REGIONALE TRAPIANTI PUGLIA

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

Se SI: Prelievo per esami virologici antecedente trasfusioni infusioni? SI NO

Se NO: calcolare la presenza di emodiluzione secondo l'apposito diagramma

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

DONATORE _____ **DATA DONAZIONE** _____

Data e ora del prelievo per virologici _____

Peso del donatore _____ Kg

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

Volume plasmatici (**PV**) = peso del donatore (kg) _____ \div 0.025 = _____ mL

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

Concentrato di emazie _____ mL

Sangue in toto _____ mL

Sospensione di emazie _____ mL

TOTALE A. _____ **mL**

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

Destrano _____ mL

Plasma _____ mL

Piastrine _____ mL

Albumina _____ mL

Altri colloidi _____ mL

TOTALE B. _____ **mL**

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

Soluz. Fisiologica _____ mL

Destrosio _____ mL

Ringer Lattato _____ mL

Altri cristalloidi _____ mL

TOTALE C. _____ **mL**

Determinazione accettabilità del campione per esami virologici:

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

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

**SE LE RISPOSTE AD ENTRAMBE LE DOMANDE SONO NO = CAMPIONE ACCETTABILE
SE UNA DELLE RISPOSTE E' SI = CAMPIONE NON ACCETTABILE (UTILIZZARE UN
CAMPIONE PRE TRASFUSIONE/INFUSIONE)**

A



CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI OPERATIVO

tel. + 39 06 4990 4060 – cell. + 39 331 6854290

fax +39 06 4456 798

email: cnt.operativo@iss.it



MODULO PER LA VALUTAZIONE DELLA PROSTATA NEL POTENZIALE DONATORE DI ORGANI/TESSUTI

CENTRO DI RIANIMAZIONE _____ DATA ____/____/____ ORA ____/____

DATI DEL POTENZIALE DONATORE :

COGNOME _____ NOME _____ NATO A _____

MOTIVO DELLA CONSULENZA (quesito): _____

DIGITAL RECTAL EXAM (DRE)

ISPEZIONE DELLA REGIONE PERIANALE: _____

SUPERFICIE: REGOLARE IRREGOLARE SIMMETRICA ASIMMETRICA

CONSISTENZA: REGOLARE MOLLE TESO ELASTICA FIBROSA

FIBRO-PARENCHIMATOSA DURO- LIGNEA

VOLUME: _____

CONTORNI: _____

MOBILITA': _____

ECOGRAFIA TRANS RETTALE : SI NO

NOTE: _____

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

Dr. _____



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI POTENZIALE DONATORE

Ospedale _____ Reparto _____ Data _____ Ora _____
Medico di riferimento _____ Telefono _____ Fax _____ Coord. locale _____

DATI DEL DONATORE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F Data di nascita _____

Luogo di Nascita _____ Provincia _____ Codice fiscale _____

Luogo di Res. _____ CAP _____ Regione di Res. _____ Nazione di Res. _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____ Causa di Morte _____ Data evento _____

Data ricovero attuale Rianimazione _____ Il paziente è transitato in altre U.O. ? SI NO

Se Si, specificare quali _____

Data ricovero precedenti U.O. _____ Motivo del ricovero _____

Patologia traumatica associata alla causa dell'attuale ricovero: SI NO

Se SI, quali _____

Gruppo Sanguigno: _____ Fattore Rh: Pos Neg

Eventi emorragici: SI NO

Se Si, quali _____

Inizio periodo dell'osservazione: Ora _____ Data _____

Fine periodo dell'osservazione: Ora _____ Data _____

CONSENSO SI NO Ora _____ Data _____

AUT. PROCURA NECESSARIA SI NO

NOTE:

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

Misure antropometriche del donatore

- Distanza acromion-margine costale inferiore (cm).....
- Distanza acromion-giugulo (cm).....
- Distanza giugulo-processo xifoideo (cm).....
- Circonferenza toracica in sede mammillare (cm).....
- Circonferenza toracica in sede margino-costale (cm).....
- Circonferenza addominale all'ombellicale trasv. (cm).....

NOTE ANAMNESTICHE

Notizie anamnestiche disponibili : SI NO

Fonte delle notizie anamnestiche _____

Vaccinazione epatite: SI NO

L'appartenenza ad una categoria a rischio per patologia trasmissibile è stata esclusa mediante:

Colloquio con il medico curante	<input type="checkbox"/>	Esame della cartella clinica	<input type="checkbox"/>
Colloquio con i familiari	<input type="checkbox"/>	Colloquio con il medico di base	<input type="checkbox"/>

Rischio specifico per infezioni da HIV, HBV, HCV

	NO	SI
Pregresse politrasfusioni negli ultimi 12 mesi		
Comportamento sessuale a rischio negli ultimi 12 mesi		
Uso di stupefacenti per via parenterale o uso di cocaina per via inalatoria negli ultimi 12 mesi		
Infusione per emofilia di fattori della coagulazione di origine umana		
Evidenza clinica o anamnesi positiva per HIV, HBV, HCV		
Esposizione percutanea a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV, HCV		
Detenzione carceraria negli ultimi 12 mesi		
Partner di soggetti a rischio HIV, HBV, HCV negli ultimi 12 mesi		
Tatuaggi, piercing fatti negli ultimi 12 mesi in assenza di sterilità		
Malattie veneree		

Rischio per malattie da prioni

	NO	SI
Permanenza in UK per 6 mesi prima del 1996		
Sindrome di Creutzfeld-Jacob		
Creutzfeld-Jacob in consanguinei		

b

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

Rischio infezioni (anamnesi recente)

	NO	SI
Infezioni in atto		
Rischio di trasmissione di patologie infettive legate a viaggi in zone endemiche o esposizione ad agenti infettivi:		
Encefalite:		
Esantemi recenti od in atto:		
Morsi, graffi o punture recenti di animali:		
Meningite		
Batteriemia		
Endocardite batterica o fungina attiva		
Ittero di eziologia sconosciuta		
Lue in fase attiva		
Rabbia		
TBC attiva		
Altre malattie infettive in atto:		
Vaccinazioni con virus vivo attenuato nell'ultimo mese (morbillo, parotite, rosolia, varicella, febbre gialla, vaiolo)		

Malattie degenerative del SNC

	NO	SI
Demenza o malattie croniche degenerative ad eziologia sconosciuta :		
Alzheimer :		
Sclerosi multipla :		
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) :		
Panencefalite acuta sclerosante :		
Parkinson :		
Utilizzo di ormoni di natura ipofisaria :		
Leucoencefalopatia multifocale progressiva		
Sindrome di Guillan-Barrè :		
Soggetto sottoposto ad interventi intracranici non specificati:		

Altri fattori di rischio

	NO	SI	NOTE
Trattamenti immunosoppressivi :			
Trattamenti di chemioterapia :			
Trattamenti radioterapici :			
Coagulopatie :			
Allotrapianto di dura madre :			
Malattie autoimmuni comprese le malattie del collagene:			
Ingestione o esposizione a sostanze tossiche in dose nociva che può essere trasmessa:			
Soggetto già sottoposto a trapianto di organo o tessuto :			
Sindrome di Reye :			
Malattie emopoietiche (gammopatie monoclonali, mielodisplasia, policitemia vera)			

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

Rischio tumorale

Neoplasia pregressa SI NO

Se Si, quale: _____

Anni di anamnesi negativa per neoplasia attiva _____

Neoplasia in atto SI NO

Se Si, quale: _____ Grading: _____ Stading: _____

NOTE:

Altre note anamnestiche

	SI	NO	NOTE
Tabagismo :			
Etilismo cronico :			
Anoressia o bulimia :			
Cardiopatie :			
Pneumopatie :			
Epatopatie :			
Ipertensione :			
Diabete :			
Dislipidemie :			
Nefropatie :			
Osteoporosi:			
Artrite reumatoide:			
Vasculopatie arteriose:			
Vasculopatie venose:			
Patologie psichiatriche:			
Patologie congenite:			
Emofilia / emodialisi cronica :			
Sindrome di Down :			
Sindrome di Marfan :			
Sindrome di Noonan :			
Uso cronico di farmaci :			
Pregressi interventi chirurgici :			
Patologia della prostata :			
Irregolarità mestruali			
Gravidanza in atto			
Aborto recente			

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

Anamnesi specifica per donatori di cornee

	NO	SI
Chirurgia laser e refrattiva ed altri interventi chirurgici sulla cornea :		
Flogosi dell'occhio in fase acuta (iriditi, congiuntiviti, ecc.) :		
Tumori maligni dell'occhio :		
Patologie della cornea (cheratocono, cheratogloba, pterigio) :		
Interventi sul bulbo oculare (cataratta, glaucoma) :		
NOTE:		

Anamnesi specifica per donatori di cute

	NO	SI
Malattie sistemiche con compromissione cutanea :		
Infezioni cutanee, dermatiti, pat. Infiammatorie a carattere locale, ectoparassitosi		
Ustioni acute o ustioni non cicatrizzate nella sede dell'eventuale prelievo		
Nevi clinicamente sospetti o nevi multipli		
Lesioni cutanee estese		
NOTE:		

Anamnesi specifica per donatori di Tessuto Muscolo Scheletrico

	NO	SI
Infezioni o trauma esposto nelle sedi dell'eventuale prelievo		
Grave osteoporosi e/o osteomalacia dello scheletro da alterazioni metaboliche		
Irradiazioni nella zona di prelievo		
NOTE:		

Anamnesi specifica per donatori di Valvole cardiache e/o Segmenti Vascolari

	NO	SI
Valvulopatia cardiaca		
Massaggio cardiaco a cuore aperto		
Traumi diretti e massivi nella zona di prelievo		
Dissecazione aortica		
Precedenti interventi cardiocirurgici		
Aterosclerosi severa		
Pregressi interventi di chirurgia vascolare		
Polmonite nei 30 gg. Precedenti senza evidenza di risoluzione		
Assideramento con temperature inferiori o uguali a 0 C		
Epilessia accertata ed in terapia		
NOTE:		

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

IDONEITA' POST ANAMNESI

Entità	Idoneità	Causa di non idoneità	Causa specifica di non idoneità
RENE DX			
RENE SX			
CUORE			
POLMONE DX			
POLMONE SX			
FEGATO INTERO			
FEGATO SPLIT DX			
FEGATO SPLIT SX			
PANCREAS			
INTESTINO			
RENE-PANCREAS			
MULTIVISCERALE			
CORNEA DX			
CORNEA SX			
CUTE			
VALVOLE CARDIACHE			
SEGMENTI OSSEI			
SEGMENTI VASCOL.			
EPATOCITI			
INSUL. PANCREAT.			

NOTE

Il donatore ha viaggiato fuori regione negli ultimi due mesi

SI

NO

Se Si Indicare dove

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

ESAME OBIETTIVO

	SI	NO	NOTE
Evidenza all'esame obiettivo di malattie trasmissibili			
Secrezioni bronchiali			
Ittero			
Cicatrici cutanee o cheloidi			
Lesioni pigmentate cutanee e mucose			
Infezioni cutanee, dermatiti, e/o parassitosi cutanee ecc.			
Morsi, graffi o punture recenti di animali			
Petecchie e/o ecchimosi			
Esantemi in atto			
Tatuaggi a rischio di infezione			
Piercing			
Abrasioni o ustioni acute estese			
Nevi sospetti o multipli			
Lesioni erpetetiche			
Infezioni veneree (ulcere genitali, conditomi anali)			
Segni palesi di uso di stupefacenti			
Presenza segni venopuntura			
Infezioni/inflammazioni o traumi oculari			
Alterazioni delle stazioni linfonodali superficiali			
Anomalie alla palpazione tiroide			
Anomalie alla palpazione mammella			
Presenza di masse addominali palpabili			
Alterazioni all'ispezione dei genitali esterni			
Fratture esposte			
Anomalie all'esplorazione rettale			

NOTE:

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

ESAMI EMATOCHIMICI (Ingresso in Rianimazione/Durante/Fine osservazione)

	Data e Ora	Data e Ora		Data e Ora	Data e Ora
Globuli rossi (10 ⁶ /mcl)			Troponina (y/l)		
Ematocrito (%)			AST GOT (U/i)		
Emoglobina (g/dl)			ALT GPT (U/l)		
Piastrine (10 ⁶ /l)			Bilirubina tot. (mg/dl)		
Conta leucociti (10 ³ /µl)			Bilirubina dir. (mg/dl)		
Neutrofili (%)			Fosfatasi alcalina (U/i)		
Azotemia (mg/dl)			Gamma GT (U/l)		
Creatinina (mg/dl)			PT (%)		
Cockroft (ml/min)			INR		
Sodio (mmoli/l)			APTT (sec)		
Potassio (mmoli/l)			RATIO (sec)		
Calcio (mg/dl)			Fibrinogeno (mg/dl)		
Protidemia tot. (g/dl)			ATIII (%)		
Albuminemia (g/dl)			FDP		
Amilasi (U/l)			PSA (ng/ml)		
Glicemia (mg/dl)			PSA free/tot (%)		
LDH (U/l)			βhCG		
CPK (mg/dl)					
CPK MB (mg/dl)					

EMOGASANALISI

	Data e Ora	Data e Ora
FiO ₂ :	40%	100%
PaO ₂ :		
PaCO ₂ :		
Ph :		
HCO ₃ :		
EB :		
Saturazione :		

Donatore

Data

Rianimazione

ESAMI VIROLOGICI (Ingresso in Rianimazione/Durante o Fine osservazione)

	Data e Ora	Data e Ora
CMV IgG		
CMV IgM		
TPHA		
VDRL		
HIV		
HIV RNA		
HCV		
HCV-RNA		
HbsAg		
HBsAb		
HbcAg		
HbcAb IgG		
HbcAb IgM		
HBeAg		
HbeAb		
HBV-DNA		
Toxo IgG		
Toxo IgM		
EBV IgG		
EBV IgM		
HSV 1-2 IgG		
HSV 1-2 IgM		
VZV IgG		
VZV IgM		

NOTE:

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

ESAME URINE E MICROBIOLOGICI

	Eseguito Data e Ora	Esito	NOTE
Esame urine :			
Sedimento urinario :			
Broncoaspirato :			
Urinocoltura :			
Emocoltura :			
Liquor :			
Altro:			

Broncoscopia: SI NO

Note:

Data inizio della terapia antibiotica: _____

Tipo terapia antibiotica : _____

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

ESAMI STRUMENTALI

RX TORACE

Eseguito in data: _____ Ora: _____

Referto e Note:

E.C.G

Eseguito in data: _____ Ora: _____

Referto e Note:

ECOCARDIO

Eseguito in data: _____ Ora: _____

Referto e Note:

ECO ADDOME

Eseguito in data: _____ Ora: _____

Referto e Note:

ECO RENALE

Eseguito in data: _____ Ora: _____

Referto e Note:

TAC ADDOME/TORACE

Eseguito in data: _____ Ora: _____

Referto e Note:

.....

Eseguito in data: _____ Ora: _____

Referto e Note:

N.B. Gli esami strumentali e laboratoristici eseguiti durante il processo di segnalazione devono essere inviati via Fax al seguente numero: 080/5593227

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO

STANDARD	<input type="checkbox"/>
NON STANDARD CON RISCHIO TRASCURABILE	<input type="checkbox"/>
NON STANDARD CON RISCHIO ACCETTABILE	<input type="checkbox"/>
INACCETTABILE	<input type="checkbox"/>

SECOND OPINION:

Tipo di Second Opinion	SI	NO	N.D.	NOTE
Infettivologica				
Anatomo Patologica				
Medico Legale				
Centro Nazionale Trapianti				
Immunologica				
Rianimatoria				

NOTE:

Donatore _____ Data _____ Rianimazione _____

DECORSO CLINICO RECENTE ED EMODINAMICA

Intubazione tracheale: SI NO Tracheotomia : SI NO

Interventi chirurgici associati all'evento: SI NO

Se si, quali: _____

Arresto cardiaco : SI NO

Data: _____ Ora: _____ Durata (min): _____ Num. Arresti: _____

NOTE:

Episodi di ipotensione:

Data: _____ Ora: _____ Durata (min): _____ Trattamento: _____

Pressione Arteriosa attuale (mmHg): _____ FC attuale (b/min): _____

PVC attuale: mmHg _____ cm H2O _____

NOTE:

Temperatura cutanea attuale (°C) : _____

Diuresi ultime 2 h (ml/h): _____

Diuresi ultime 24 h (ml/h): _____

Emodiluizione: SI NO Esito bilancio: _____

Farmaci inotropi:

Farmaco	DOSE	DOSE max.	Durata (min)

Firma medico coordinatore:

.....

Data:

.....



Centro Regionale Trapianti Puglia

SEGNALAZIONE DI ACCERTAMENTO DI MORTE

per cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche

Segnalazione effettuata il _____

CENTRO DI RIANIMAZIONE DI _____

Dati relativi al paziente

COGNOME e NOME _____

DATA di NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

REGIONE, COMUNE, PROVINCIA di NASCITA _____

GRUPPO SANGUIGNO, Rh _____

PESO – ALTEZZA _____

DATA – LUOGO di RICOVERO _____

DATA RICOVERO ATTUALE RIANIMAZIONE _____

CAUSA di MORTE _____

NON IDONEITÀ NOTA PRIMA DELL' AMC SI NO

(specificare i motivi)

DATA/ORA inizio accertamento _____

DATA/ORA fine accertamento _____

INIZIATO COLLOQUIO CON I FAMIGLIARI SI NO

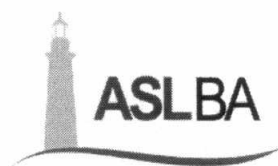
ESITO OSSERVAZIONE _____

SPECIFICARE: Arresto Cardiaco - Mancato Consenso – Opposizione Procura – Non Idoneità

N.B.: La non idoneità – include i donatori ritenuti non idonei in assoluto durante il periodo di Accertamento di morte Cerebrale (AMC), i donatori non idonei in S.O. dei quali non è stato prelevato nessun organo solido e i donatori "effettivi" ai quali è stato prelevato almeno un organo e nessuno trapiantato. Specificare se la causa di inidoneità era già nota prima dell' osservazione.

Firma del medico compilatore (indicare nome, qualifica, unità operativa di appartenenza) _____

h



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Presidio Ospedaliero _____

U.O.C. di Anestesia e Rianimazione

Direttore: _____

Il sottoscritto Dott. _____ in servizio presso l'Ospedale _____,
Unità Operativa di Rianimazione, con la qualifica di _____
in seguito al decesso del/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. di _____ il _____
avvenuto il giorno _____ alle ore _____, in assenza di valida documentazione
relativa ad una esplicita opposizione in vita al prelievo di organi e tessuti, **chiede** ai sensi dell'art.1
della legge del 12/08/1993 n. 301, al
Sig./Sig.ra _____

Quale : Coniuge non legalmente separato Figlio maggiorenne Genitore

identificato con : _____

Di esprimere la **non opposizione** al prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico, in
considerazione dei motivi umani e sociali che stanno alla base della donazione.

Dott. _____

Il/La Sig./Sig.ra _____

Alle ore _____ non si oppone al prelievo di organi e tessuti.

_____, li _____

In fede

Firma _____

Dott. _____

Il/La Sig./Sig.ra _____

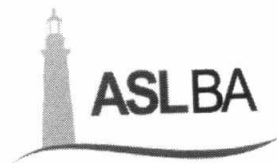
Alle ore _____ si oppone al prelievo di organi e tessuti.

_____, li _____

In fede

Firma _____

h



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Presidio Ospedaliero _____

U.O.C. di Anestesia e Rianimazione

Direttore: _____

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ in servizio presso l'Unità Operativa
di Rianimazione dell'Ospedale _____, con la qualifica
di _____

in seguito al decesso del/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. di _____ il _____
avvenuto il giorno _____ alle ore _____

informa e fa prendere visione della dichiarazione depositata presso ASL/Comune che attesta che
il/la sig./ra _____ aveva espresso in vita

- volontà favorevole alla donazione degli organi e tessuti
- opposizione alla donazione degli organi e tessuti

Firma

Dott. _____

Per presa visione:

Sig./Sig.ra _____

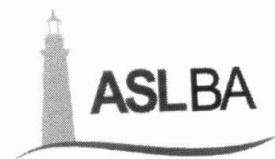
Quale : Coniuge non legalmente separato Figlio maggiorenne Genitore

Altro _____

_____, li _____

In fede

Firma _____



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Presidio Ospedaliero _____

U.O.C. di Anestesia e Rianimazione

Direttore : _____

Al Magistrato Competente
della Procura della Repubblica di _____

OGGETTO: Richiesta di nullaosta al prelievo di organi e tessuti.

In data odierna alle ore..... è deceduto/a il/la sig./sig.ra

.....
nato/a a, prov. di
il e ricoverato/a presso questa Unità di Terapia Intensiva dal
.....con diagnosi di ingresso di

.....
Attualmente è in corso l'accertamento di morte encefalica secondo legge che ha la
durata di almeno 6 ore.

Avendo acquisito:

- la non opposizione alla donazione di organi e tessuti da parte degli aventi diritto (si allega documentazione)
- la volontà espressa in vita dal soggetto alla donazione di organi e tessuti (si allega documento)

Si richiede alla S.V. il nullaosta al prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico, in considerazione dei motivi umani e sociali che stanno alla base della donazione.

_____, ____/____/____

Firma e Timbro MdG



Regione Puglia
Azienda Sanitaria Locale di Bari

Presidio Ospedaliero _____

Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione
Direttore: _____

U.O. Patologia Clinica
Immunogenetica e Biologia dei Trapianti
A.O.U. Policlinico di Bari

**MATERIALE BIOLOGICO DEL DONATORE NECESSARIO PER L'ARCHIVIO
BIOLOGICO NAZIONALE PER LA SICUREZZA DELLA RETE TRAPIANTOLOGICA.**

- 8 provette da 3 mL in EDTA (per emocromo)
- 2 provette da siero da 10 mL senza anticoagulante
- 1 pezzetto di milza o linfonodi in contenitore di urinocoltura in soluzione fisiologica.

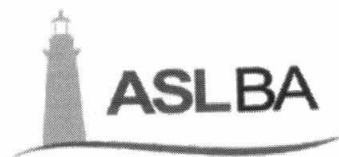
Paziente

Nato/a a

Il

Gruppo sanguigno

Firma del M.d.G.



Regione Puglia
Azienda Sanitaria Locale di Bari

Presidio Ospedaliero _____

Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione
Direttore: _____

U.O. Patologia Clinica
Immunogenetica e Biologia dei Trapianti
A.O.U. Policlinico di Bari

**MATERIALE BIOLOGICO DEL DONATORE NECESSARIO PER EFFETTUARE LA
TIPIZZAZIONE TISSUTALE E IL CROSS-MATCH**

- 10 provette da 8,5 mL contenenti ACD sol. A
(oppure 14 provette da 4 mL contenenti sodio citrato 0.129 M – per coagulazione)
- 6 provette da 3 mL contenenti EDTA (per emocromo)
- 1 provetta da siero 10 mL ed 1 provetta da emocromo 3 mL

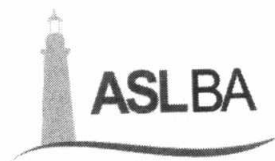
Paziente

Nato/a a

Il

Gruppo sanguigno

Firma del M.d.G.



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Presidio Ospedaliero _____

U.O.C. di Anestesia e Rianimazione

Direttore _____

Oggetto: Verbale di Prelievo di _____

In data _____ alle ore _____ è deceduto/a presso la
Rianimazione del P.O. _____ il/la Sig./ Sig.ra
_____ nato/a a _____ il
_____ e residente a _____ in via
_____ n. ____.

Certificata la morte encefalica, alle ore _____ è stata acquisita la non
opposizione alla donazione di organi e tessuti.

Alle ore _____ del giorno _____ è stata convocata l'equipe
che procederà al prelievo degli organi.

Alle ore _____ del giorno _____ è stato effettuato il prelievo
di/dei _____

Il presente verbale fa fede per tutti gli atti descritti:

Medici Prelevatori: Dott. _____ P.O. _____
Dott. _____ P.O. _____

li

MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI

Modulo	MPTO
Revisione	06
Pagina	1 di 5
Operativo da	15/02/12

Verifica selezione donatore¹

Donatore idoneo

SI

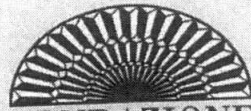
NO

Data

_____:____

Ora

Sigla: _____



FONDAZIONE
BANCA DEGLI OCCHI
DEL VENETO - ONLUS

Riferimenti di Fondazione¹

Segnalazione²

_____	_____:____
Data	Ora

Centro di prelievo _____

Sez. 1 Notizie generali sul donatore

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Sesso

M

F

n° identificativo _____

Tessera sanitaria / ricovero / documento di identità³

Data del decesso _____

Ora _____:_____

Data* _____

Ora* _____:_____

* se prelievo multiorgano, indicare data e ora dell'arresto cardiocircolatorio

Reparto/luogo del decesso³ _____

Data del ricovero _____

Data del prelievo _____

Ora _____:_____

Reparto/luogo³ _____

Salma sottoposta ad autorità giudiziaria

NO

Passare alla sez. 2

SI

Precisare

Autorizzazione al prelievo fornita da _____

Cognome e nome del Magistrato

_____:_____

Data

Ora

Sez. 2 Richiesta autopsia

NO Passare alla sez. 3

SI

Precisare

Luogo _____

Data

Eseguita da _____

Cognome e nome dell'Anatomo Patologo

Risultati _____

Risultati dell'autopsia (sez. 2) ricevuti da¹

Data⁴

_____:_____

Ora⁴

Operatore⁴

Sez. 3 Diagnosi

Causa iniziale _____

Complicanze _____

Causa terminale _____

Fonte delle informazioni (sez. 1-3):

Cartella clinica

Personale ospedaliero

Data⁴

_____:_____

Ora⁴

Operatore⁴

Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus - Centro Regionale di Riferimento per gli Innesti Corneali e di Ricerca sulle Cellule Staminali Epiteliali
 Certificata dal Centro Nazionale Trapianti - Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2008 certificato da Certiquality - Membro Eye Bank Association of America
 Padiglione Rama, Via Paccagnella, 11 - 30174 Zelarino Venezia - Tel. 041 9656430 - Fax 041 9656421 - Cell. 348 3111141

№ 25806 A

Originale da inviare a Fondazione

Handwritten signature

Sez. 5 Trasfusioni

Il donatore ha avuto emorragie interne/esterne note o sospette?
(non considerare le emorragie cerebrali e subaracnoidee)

NO SI

Il donatore ha ricevuto emotrasfusioni? nelle 48 ore precedenti il prelievo del campione di sangue?

NO SI

Infusioni di colloidali? nelle 48 ore precedenti? NO SI Di cristalloidi? nell'ora precedente? NO SI

Se sì, compilare la tabella seguente e indicare: il peso¹⁰ del donatore (in Kg) _____

Data	Ora	Prodotto	Quantità (ml)	Data	Ora	Prodotto	Quantità (ml)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Fonte delle informazioni (sez. 5):

Cartella clinica

Personale ospedaliero

Cognome, nome e qualifica di chi ha fornito le informazioni _____

Data* _____

Ora* _____

Operatore* _____

Sez. 6 Esami sierologici

Tipo di campione:

Pre moritem

Post moritem

Pre trasfusioni infuzioni

Post trasfusioni infuzioni

HBsAg (test 1) Pos Neg

Ac.anti-HBs (test 3) Pos Neg

Ac.anti HIV 1 e 2 (test 5) Pos Neg

Altro (test 7) Pos Neg

Ac.anti-HBc (test 2) Pos Neg

Ac.anti-HCV (test 4) Pos Neg

TPHA (test 6) Pos Neg

precisare _____

_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Laboratorio di analisi (data di esecuzione) _____ Test eseguiti¹¹ _____ Data* _____ Ora* _____ Operatore* _____

Sez. 7 Ispezione fisica

Negativa

Positiva (precisare)

Eruzioni cutanee

Tatuaggi

Piercing

Segni di iniezioni non compatibili con la degenza

Linfonodi anomali

Altro

(specificare) _____

Sez. 8 Ispezione dei tessuti oculari

OD (descrivere se alterato)

OS (descrivere se alterato)

Palpebre

Normale ODOS

Congiuntiva

Normale ODOS

Sclera

Normale ODOS

Cornea

Normale ODOS

Iride

Normale ODOS

Cristallino

Fachico ODOS

Fachico

Pseudofachico

Afachico

Fachico

Pseudofachico

Afachico

Note _____

Data _____

Ora _____

Medico incaricato del prelievo _____

Sez. 9 Anamnesi sociale¹²

- | | NO | SI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Il donatore presentava disturbi cognitivi, del coordinamento, della parola o mioclonie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. È mai stata riscontrata una sieropositività per HIV o una infezione da HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Negli ultimi 12 mesi: - ha assunto sostanze stupefacenti mediante iniezioni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - è stato dedito alla prostituzione? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - se maschio, ha avuto rapporti omosessuali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ha ricevuto trattamenti con fattori della coagulazione di derivazione umana, per emofilia o patologie correlate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Negli ultimi 12 mesi, è stato esposto a sangue sospetto o infetto da virus dell'epatite B, C o HIV tramite punture accidentali o contatto tramite zone di cute lesa o mucose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. È stato detenuto in carcere per più di 72 ore consecutive negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ha avuto rapporti sessuali con persone descritte nei punti 2-3-5, o con persone sospettate di essere affette da epatite B, C o infezione HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha avuto contatti stretti con persone affette da epatite virale negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. È stato trattato per malattie veneree negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Si è sottoposto a pratiche di tatuaggio, piercing o agopuntura con condivisione di strumenti chirurgici negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. È stato sottoposto a trattamento laser per la correzione di difetti visivi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Negli ultimi anni aveva effettuato viaggi all'estero? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Per donatori pediatrici ¹³ : a. ha un'età ≤ a 18 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. appartiene a una delle categorie elencate sopra? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. è nato da madre con infezione HIV, o appartenente a una delle categorie 2-10? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. è stato allattato al seno negli ultimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fonte delle informazioni (sez. 9):

Intervistatore: _____

Dichiara un grado di conoscenza del donatore sufficiente a fornire le informazioni richieste NO SI

Familiare o convivente _____
Cognome, nome e grado di parentela

Medico curante _____
Cognome e nome del medico Data⁴ Ora⁴ Operatore⁴

Sez. 10 Prelievo

Bulbo oculare OD OS Cornea OD OS Campione di sangue NO SI (obbligatorio in assenza di esami sierologici)

Campione n. ____ prelevato da _____
Data e ora del prelievo n. provette Pre mortem Post mortem Pre trasfusioni Post trasfusioni

Campione n. ____ prelevato da _____
Data e ora del prelievo n. provette Pre mortem Post mortem Pre trasfusioni Post trasfusioni

Medico incaricato del prelievo¹⁴ _____
Cognome e nome (scrivere in stampatello)

Note: _____

Il medico sottoscritto, dichiara di aver controllato l'identità del donatore e di aver verificato l'esistenza delle condizioni stabilite dalla vigente normativa riguardanti la manifestazione di volontà alla donazione e l'accertamento di morte.

Data _____

Il Medico responsabile delle operazioni di prelievo

(Firma) _____

Condizioni di trasporto, imballaggio, etichettatura e documentazione conforme alle procedure di Fondazione NO SI Data _____ Ora _____ Operatore _____

Registrato nel database di Fondazione Data _____ Ora _____ Operatore _____

№ 25806 D



MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI

Modulo	MPTO
Revisione	06
Pagina	5 di 5
Operativo da	15/02/12

Revisione Modulo Prelievo Tessuti Oculari¹

Compilazione effettuata da:	Medico inc. prelievo	Operatore FBOV	Incompleto
Sez. 1 Notizie generali sul donatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 2 Richiesta autopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 3 Diagnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 4 Anamnesi patologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 5 Trasfusioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 6 Esami sierologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 7 Ispezione fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 8 Ispezione tessuti oculari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 9 Anamnesi sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sez. 10 Prelievo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allegati:

Referto esami sierologici

NO SI _____

Modulo Emodiluizione

NO SI _____

Storia clinica del donatore

NO SI _____

Dichiarazione di assenso alla donazione

NO SI _____

Verbale di accertamento di morte

NO SI _____

Altro.....

NO SI _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Data*

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Ora*

Operatore*

Note:

Parere del Direttore Amministrativo Giuliana Capochiani	Parere del Direttore Sanitario Silvana Fornelli
--	--

Il Segretario


Il Direttore Generale
Antonio Sanguedolce

**Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio 2020**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....
(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

Il Dirigente dell' Area

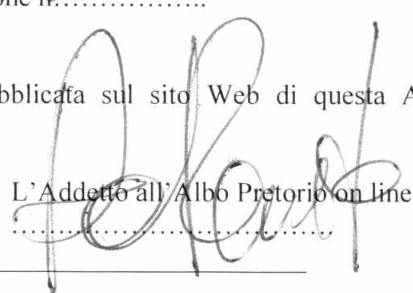
.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. **0019**

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data **17 FEB. 2020**

Bari: **17 FEB. 2020**

L'Addetto all'Albo Pretorio on line


Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.