

**SCHEDA DI VALUTAZIONE
ACCERTAMENTI PER IL CANDIDATO
AL TRAPIANTO DI RENE**

Bologna, _____

Gent. Dott./Dott.ssa _____

del Centro di Nefrologia e Dialisi: _____

abbiamo valutato il/la Vs. paziente Sig./ra _____

nato/a il _____ a: _____

per:

prima visita di idoneità all'inserimento in lista d'attesa

revisione idoneità

desideriamo segnalarvi che:

risulta clinicamente idoneo/a all'inserimento in lista attiva

risulta clinicamente idoneo/a all'inserimento in lista attiva con rischio aumentato per

viene confermata la permanenza in lista attiva

deve completare la visita per l'idoneità con la valutazione _____

in programma _____

non viene confermata l'idoneità al trapianto _____

risulta sprovvisto degli esami richiesti (vedi retro)

deve eseguire ulteriori accertamenti (vedi retro).

non risulta idoneo al trapianto per _____

Prossimo invio del siero alla Immunogenetica di Parma _____

e modulo di aggiornamento al Centro Trapianti di Bologna _____

Contiamo sulla vostra collaborazione per la riuscita del programma

Cordiali saluti.

Firma e timbro del Medico Nefrologo

**SCHEDA DI VALUTAZIONE
ACCERTAMENTI PER IL CANDIDATO
AL TRAPIANTO DI RENE**

R02/PDTA09
Rev. 1
Pag. 1/2
Data di applicazione:
01.04.2022

PDTA Trapianto di rene paziente adulto da donatore
cadavere /vivente

Data _____

Cognome _____ NOME _____ eta _____

Legenda: X manca ● già inviato

Accertamenti necessari per la prima visita

<input type="checkbox"/> Anamnesi in esteso <input type="checkbox"/> Aggiornamento clinico e terapia <input type="checkbox"/> Cartellino compilato <input type="checkbox"/> Rx Cistografia <input type="checkbox"/> Rx Torace <input type="checkbox"/> ECG con tracciato <input type="checkbox"/> Ecocardiografia <input type="checkbox"/> Eco-Doppler vasi del collo <input type="checkbox"/> Eco-Doppler aorto-iliaco <input type="checkbox"/> Eco-Doppler AAll artero-venoso <input type="checkbox"/> Rx Tubo Digerente <input type="checkbox"/> RMN addome <input type="checkbox"/> Ecografia epatica <input type="checkbox"/> Ecografia pelvica <input type="checkbox"/> Rx Ossa <input type="checkbox"/> RMN encefalo/TC encefalo <input type="checkbox"/> Rx Mammografia <input type="checkbox"/> Rx Addome (per calcificazioni vascolari) <input type="checkbox"/> Ecografia addome completo (con residuo post minzionale) <input type="checkbox"/> Ecotomografia prostata <input type="checkbox"/> Ortopantomografia	<input type="checkbox"/> Modalità dialitiche <input type="checkbox"/> Tesserino sanitario/C.I. <input type="checkbox"/> Cistoscopia <input type="checkbox"/> Prove urodinamiche <input type="checkbox"/> Prove di funz. respiratoria <input type="checkbox"/> ECG da sforzo <input type="checkbox"/> Scintigrafia miocardica <input type="checkbox"/> Coronarografia <input type="checkbox"/> Endoscopia digestiva <input type="checkbox"/> Colonscopia/colonTC <input type="checkbox"/> TC addome (con mdc se in dialisi) <input type="checkbox"/> AngioTC <input type="checkbox"/> Scintigrafia ossea <input type="checkbox"/> Scintigrafia paratiroidi <input type="checkbox"/> Ecografia tiroide/paratiroidi <input type="checkbox"/> HRTC	<p>ESAMI SIEROLOGICI Aggiornamento annuale</p> <input type="checkbox"/> HBV (HbsAg/HbsAb/HbcAb) <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> CMV (IgG/IgM) <input type="checkbox"/> Strongyloides <input type="checkbox"/> Screening lue <input type="checkbox"/> Mantoux /Quantiferon <input type="checkbox"/> Helycobacter pylori <input type="checkbox"/> HZV (IgG/IgM) <input type="checkbox"/> HSV (IgG/IgM) <input type="checkbox"/> EBV (IgG/IgM) <input type="checkbox"/> Toxo (IgG/IgM) <input type="checkbox"/> Schistosoma <input type="checkbox"/> Morbillo <input type="checkbox"/> Rosolia
<input type="checkbox"/> Visita endocrinologica <input type="checkbox"/> Visita urologica <input type="checkbox"/> Visita cardiologica per rischio operatorio <input type="checkbox"/> Visita neurologica <input type="checkbox"/> Visita oculistica (F.O.)		<p>ESAMI</p> <input type="checkbox"/> Urinocoltura <input type="checkbox"/> Tampone rettale x CPE <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Bilancio coagulativo <input type="checkbox"/> Sangue occulto fecale in 3 campioni <input type="checkbox"/> Gruppo sanguigno <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> Citologico urine in 3 campioni <input type="checkbox"/> Tipizzazione trapianti precedenti
<input type="checkbox"/> Visita dermatologica <input type="checkbox"/> Visita pneumologica <input type="checkbox"/> Visita gastroenterologica <input type="checkbox"/> Visita ginecologica..... <input type="checkbox"/> Visita infettivologica..... <input type="checkbox"/> Visita oncologica..... <input type="checkbox"/> Visita ematologica.....		

NOTE:

Firma e timbro del Medico Nefrologo