

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
ACCERTAMENTI PER ILCANDIDATO  
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.

Il Medico Nefrologo della Lista d'attesa  
-----

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
ACCERTAMENTI PER ILCANDIDATO  
AL TRAPIANTO DI RENE**

Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Gruppo \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

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 AA II 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 postminzionale) <input type="checkbox"/> Ecotomografia prostata <input type="checkbox"/> Ortopantomografia	<input type="checkbox"/> Modalità dialitiche <input type="checkbox"/> Tesserino sanitario/C.I. <input type="checkbox"/> Documento di identità <input type="checkbox"/> Scheda vaccinale <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/Eco stress <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><b>ESAMISIEROLOGICI Aggiornamento annuale</b></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	<p><b>ESAMI</b></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/HPV test <input type="checkbox"/> Citologico urine in 3 campioni <input type="checkbox"/> Tipizzazione trapianti precedenti
---	---	---	--

<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.)	<input type="checkbox"/> Visita dermatologica..... <input type="checkbox"/> Visita pneumologica..... <input type="checkbox"/> Visita gastroenterologica..... <input type="checkbox"/> Visita ginecologica..... <input type="checkbox"/> Visita oncologica.....	<input type="checkbox"/> Visita infettivologica..... <input type="checkbox"/> Visita ematologica.....
--	--	--

NOTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma e timbro

-----