

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico PDTA TRAPIANTO DI RENE PAZIENTE ADULTO DA DONATORE CADAVERE /VIVENTE	Richiesta di valutazione di idoneità alla <u>donazione di</u> <u>un rene per trapianto renale terapeutico</u>	R11/PDТА09 Rev. 2 Pag. 1/2 Data di applicazione 15.07.2024
--	--	---

Al Centro Trapianti di Rene
Policlinico di Sant'Orsola
Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna
Tel 051 214 4067 / 3249 – fax 051 344439
Mail: nefrolab@aosp.bo.it
PEC: listatrapiantorenebo@pec.aosp.bo.it

Io sottoscritto/a	
Cognome	Nome
Nato/a ail	
Codice Fiscale:	
Residente in:via	
Recapiti telefonici:	

Richiedo

di eseguire esami clinici laboratoristici e strumentali finalizzati all'accertamento della mia idoneità alla donazione di un rene a scopo di trapianto renale terapeutico al

Signor/a.....
nato/a ila.....
CF.....residente in.....
via.....n°.....
tel.....grado di parentela affetto/a da
insufficienza renale cronica in terapia medica/terapia dialitica presso il Centro Dialisi
di.....Indirizzo:.....
.....Telefono:.....

Nominativo del medico referente del Centro Dialisi:.....
.....e-mail:.....tel.....

Distinti saluti

Data,

Firma del candidato/a alla donazione

.....

Firma del ricevente del rene

.....

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico PDTA TRAPIANTO DI RENE PAZIENTE ADULTO DA DONATORE CADAVERE /VIVENTE	Richiesta di valutazione di idoneità alla <u>donazione di</u> <u>un rene per trapianto renale terapeutico</u>	R11/PDTA09 Rev. 2 Pag. 2/2 Data di applicazione 15.07.2024
--	---	---

Si prega cortesemente di fornire le seguenti informazioni cliniche ed anamnestiche:

Del candidato **RICEVENTE**:

Gruppo sanguigno _____	
Creatinina_____	e GFR:_____
Terapia antiaggregante o anticoagulante? Se si, quali? _____	

Del candidato **DONATORE**:

Gruppo sanguigno _____		Creatinina_____
Peso_____kg	Altezza:_____cm	
E' affetto da diabete mellito?	Si ☐	No ☐
E' affetto da ipertensione arteriosa?	Si ☐	No ☐
Elenco dei farmaci assunti:		