



# CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI OPERATIVO

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

fax +39 06 4456 798

email: [cnt.operativo@iss.it](mailto: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. \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' - INFORMATIVA PARENTI NON AVENTI DIRITTO

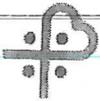
Io dott./prof \_\_\_\_\_ a norma della L. 1 aprile 1999, n. 91 dichiaro di aver informato sig./sig.ra \_\_\_\_\_ che si qualifica come \_\_\_\_\_ (\*)[indicare il tipo di rapporto con il *de cuius*] che il sig. /sig.ra \_\_\_\_\_, per il quale è in corso di accertamento di morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578 e del DM 11 aprile 2008 è stato riconosciuto come potenziale donatore a scopo di trapianto.

Ho altresì informato il sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_ che non rientra tra gli aventi diritto ai fini dell'opposizione di cui all'art. 23, comma 2, L. 1 aprile 1999, n. 91 e che ha la possibilità di produrre una eventuale dichiarazione di volontà circa la donazione resa in vita dal defunto, datata e sottoscritta.

luogo, data

FIRMA  
medico

FIRMA  
congiunto

**RILIEVI ACCERTAMENTO MORTE**  
(Decreto Ministero della Salute 11.04.2008)

Rilievi durante il periodo di osservazione del paziente:

\_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, presso la Rianimazione dell'Ospedale SS. Annunziata di Sassari.

**1° RILIEVO** - alle ore \_\_\_\_\_ sono state accertate le seguenti condizioni:

- a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza
- b) assenza dei riflessi del tronco encefalico:
  - riflesso fotomotore
  - riflesso corneale
  - reazione a stimolo dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino
  - risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato
  - riflesso oculo-vestibolare
  - riflesso faringeo
  - riflesso carenale
- c) Assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO<sub>2</sub> arteriosa non inferiore a 60 mmHg e Ph ematico non superiore a 7,40, in assenza di ventilazione artificiale
- d) Assenza di attività elettrica cerebrale.

**2° RILIEVO** - alle ore \_\_\_\_\_ sono state accertate le seguenti condizioni:

- a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza
- b) assenza dei riflessi del tronco encefalico:
- c) riflesso foto motore
- d) riflesso corneale
- e) reazione a stimolo dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino
- f) risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato
- g) riflesso oculo-vestibolare
- h) riflesso faringeo
- i) riflesso carenale
- j) Assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO<sub>2</sub> arteriosa non inferiore a 60 mmHg e Ph ematico non superiore a 7,40, in assenza di ventilazione artificiale
- k) Assenza di attività elettrica cerebrale.

Il Rianimatore \_\_\_\_\_

Il Neurologo \_\_\_\_\_

Il Medico Direzione Presidio/ Medico Legale \_\_\_\_\_

Sassari \_\_\_\_\_

**VERBALE ACCERTAMENTO MORTE**

Alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ presso la Rianimazione dell'Ospedale SS.

Annunziata di Sassari, si è riunito il Collegio Medico ( art.2 comma 5 L.578/93) costituito da:

Rianimatore Dott. \_\_\_\_\_

Neurologo Dott. \_\_\_\_\_

Medico Direzione Presidio/ Medico Legale Dott. \_\_\_\_\_

al fine di accertare la morte del paziente

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ricoverato nello stesso reparto il \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_

Il Collegio Medico riscontra la contemporanea presenza delle seguenti condizioni (art.3 DMS 11.04.2008):

a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza

b) assenza dei riflessi del tronco encefalico:

- riflesso fotomotore

- riflesso corneale

- reazione a stimolo dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino

- risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato

- riflesso oculo-vestibolare

- riflesso faringeo

- riflesso carenale

c) assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO<sub>2</sub> arteriosa non inferiore a 60 mmHg e Ph ematico non superiore a 7,40, in assenza di ventilazione artificiale

d) assenza di attività elettrica cerebrale.

La verifica della contemporanea presenza delle suddette condizioni si è ripetuta due volte, all'inizio e alla fine del periodo di osservazione che si è protratto complessivamente per \_\_\_\_\_ ore.

**Al termine dell'ultimo rilievo, con parere univoco del Collegio Medico, si conclude accertando che il paziente**

è clinicamente mort \_\_\_\_\_ e fissando il momento della morte con l'inizio dell'esistenza simultanea delle condizioni sopra menzionate alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il Rianimatore \_\_\_\_\_

Il Neurologo \_\_\_\_\_

Il Medico Direzione Presidio/Medico Legale \_\_\_\_\_

Sassari \_\_\_\_\_