



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. _____

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 CO₂ 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 CO₂ 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 CO₂ 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 _____