



CORT

Centrale Operativa

Regionale Trapianti

MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1

Esplorazione cavità toracica ed addominale

Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:		Presidio di appartenenza:			
Data e firma					
DONATORE					
Nome:	Cognome:	Cognome:		Luogo di nascita:	
Data di nascita:	Sesso: □ M □ F	Sesso: □ M □ F		Emogruppo:	
Codice SIT:	Centro di prelievo	Centro di prelievo:			
Data di inizio prelievo		Ora di inizio prelievo (incisione cute)::			
Ora del cross clamp:		Ora di inizio perfu	Ora di inizio perfusione: Fine Perfusione		
Soluzione impiegata:		Lotto n°:	Lotto n°: Quantità:		
		1			
ESPLORAZIONE CAVITÁ TORACICA Eventuali anomalie riscontrate all'Ispezione della cavità e alla palpazione degli organi e delle stazioni linfonodali profonde					
Biopsie estemporanee SI Nome e cognome del Chirurgo	Specificare: Firma:				
ESPLORAZIONE CAVITÁ ADDOMINALE					
Eventuali anomalie riscontrate e osservazioni:				le stazioni linfonodali profonde	
Biopsie estemporanee □ SI □ NO		Specificare:	Specificare:		
Nome e cognome del Chirurgo Esaminatore:		Firma:			

C.F.: 92005870909 www.atssardegna.it Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari Tel Segr. 070/6093167 Coord. 070/6092915 Dir. 070/609-2881 -2923 Fax 070/6092999 Email: crt.sardegna@atssardegna.it