

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	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:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Emogruppo:
Codice SIT:	Centro di prelievo:	
Data di inizio prelievo	Ora di inizio prelievo (incisione cute)::	
Ora del cross clamp:	Ora di inizio perfusione:	Fine Perfusione
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	Quantità:

ESPLORAZIONE CAVITÀ TORACICA	
Eventuali anomalie riscontrate all'Ispezione della cavità e alla palpazione degli organi e delle stazioni linfonodali profonde e osservazioni: _____ _____ _____ _____ _____	
Biopsie estemporanee <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare:
Nome e cognome del Chirurgo Esaminatore:	Firma:

ESPLORAZIONE CAVITÀ ADDOMINALE	
Eventuali anomalie riscontrate all'Ispezione della cavità e alla palpazione degli organi e delle stazioni linfonodali profonde e osservazioni: _____ _____ _____ _____ _____	
Biopsie estemporanee <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare:
Nome e cognome del Chirurgo Esaminatore:	Firma: