

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Verbale di prelievo cuore	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
-------------------------------------	---------------------------

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 e firma		

Organo prelevato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data e ora di inizio prelievo (incisione cute):	
Ora di estrazione del cuore:	Ora del cross clamp:	
Inizio perfusione	Fine perfusione	
Soluzione impiegata:	Lotto n°:	
Litri perfusi:	Qualità della perfusione:	
Descrizione anatomica dell'organo ed eventuali anomalie:		

Descrizione dell'intervento e osservazioni:		

Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Firma:		