



### ANAMNESI PATOLOGICA (\*)

(Parte riservata al Centro Dialisi di provenienza)

(\*) Allegare anamnesi dettagliata (1-2 pagine) stilata e firmata dal medico responsabile della dialisi.

### ANAMNESI NEFROLOGICA E DIALITICA

#### Malattia renale primitiva

Tipo (cod) ..... data di inizio .....

Conferma istologica  NO  SI ..... diuresi residua (ml/24 h) .....

#### Trattamento sostitutivo

Tipo 1. Emodialisi 2. Dialisi peritoneale

Data di inizio ..... vie di accesso vascolare  catetere centrale  fistola

Eventuali complicanze (negli ultimi 6 mesi)  NO  SI (quali) .....

#### Interventi chirurgici pregressi:

Nefrectomia  NO  SI ( Destra [D] .....  Sinistra [S] .....  Bilaterale [B] .....)  
(data) (data) (data)

Altri (quali) .....

Note: .....

### ANAMNESI IMMUNOLOGICA

Sieroterapia o vaccinazioni recenti (ultimo anno) quali .....

Gravidanze e/o aborti  NO  SI n° ..... data dell'ultimo ..... Genitori consanguinei  NO  SI

Trasfusioni  NO  SI n° ..... data dell'ultima .....

Pregressi trapianti non NITp  NO  SI n° ..... data dell'ultimo ..... Tipizzazione del donatore .....

Luogo del trapianto ..... Seguito dal Centro .....

Espianti  NO  SI n° ..... data dell'ultimo

Causa cessata funzione .....

1. Rigetto iperacuto (entro le 24h) - 2. Rigetto accelerato (entro le 2 settimane) - 3. Rigetti ripetuti - 4. Rigetto cronico - 5. Recidiva della malattia di base - 6. Complicanze vascolari in sede di trapianto - 7. Complicanze urologiche - 8. Infezione in sede di trapianto - 9. Infezione in altra sede o generalizzata - 10. Rene non vitale - 11. Rottura rene - 12. Rientro in dialisi senza espianto - 13. Rifiuto della terapia - 14. Altro - 15. Espianto senza notizie

Note: .....

### ESAME OBIETTIVO

Peso secco ..... (kg) Statura ..... (cm) Pressione Arteriosa ..... / ..... ( mmHg)

#### Terapia

.....  
.....  
.....  
.....

**DATI EMATOCHIMICI E STRUMENTALI RECENTI**

-SGOT	..... U/L	-HBsAg (*)	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Colesterolo	..... mg/dl
-SGPT	..... U/L	-HBsAb	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Trigliceridi	..... mg/dl
-Bilirubina	..... mg/dl	-HBcAg	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Calcemia	..... mg/dl
-Fosfatasi alcalina	..... U/L	-HBcAb	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Fosforemia	..... mg/dl
-Ematocrito	..... %	-HBcAg	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Paratormone	..... U/l
-Emoglobina	..... g/dl	-HIV	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Proteinemia	..... g/dl
-Piastrine	..... x1000/microl	-HCVAb	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Albumina	..... %
-Leucociti	..... x1000/microl	-HCV-RNA	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Alf a 1	..... %
-Tempo di emorragia	..... min	-Sierologia LUE	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Alf a 2	..... %
-PSA (età > 50 aa)	.....	-CMV IgG	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Beta	..... %
		IgM	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Gammaglobuline	..... %
		-Toxo IgG	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Urinocoltura	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
		IgM	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Batteri	.....
		-EBV IgG	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Micobatteri	.....
		IgM	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Miceti	.....
		-VZV	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Espettorato x BK	
		<b>(*) Se positivo:</b>		-in pazienti a rischio	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
		-HBV-DNA	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	-Mantoux	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
		-HBcAb IgM	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		
		-Anti Delta	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		

**Reperti patologici      Data**

Rx torace	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Rx addome	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Rx bacino + arti + cranio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Cistografia con pose minzionali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Visita ginecologica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
PAP Test	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Mammografia (> 40 aa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Ecografia addome	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Valutazione odontoiatrica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Rx arcate dentarie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Visita oculistica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Gastroduodenoscopia (ricerca HP)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
ECG	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Ecocardiogramma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Test da sforzo massimale (età > 45 aa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
ev. Scintigrafia miocardica al dipiridamolo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Coronarografia (se IMA, angina)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Doppler o arteriografia aorto-iliaca (età >50 aa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Ecografia prostatica transrettale (età >50 aa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Clisma opaco (età > 60 aa o sintomatici) o colonscopia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Altri accertamenti:		
.....	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
.....	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....

**VALUTAZIONE CONCLUSIVA**

Giudizio clinico sulle condizioni del paziente in dialisi	1. Ottimo	2. Buono	3. Sufficiente	Alto rischio per	4. Età
					5. Malattie cardiovasc.
					6. Diabete
					7. Disfunzione epatica
					8. Altro (quale)
					.....

Data di compilazione .....

Firma e timbro del medico compilatore .....

# Valutazione nefro-chirurgica (Parte riservata ai Centri Trapianto)

I Centro ..... cod .....

## VALUTAZIONE NEFROLOGICA

**Giudizio clinico**

Idoneo Ottimo 1  Buono 2  Sufficiente 3  Alto rischio per  
 Non idoneo temporaneamente T   
 Non idoneo definitivamente N

Età 4   
 Malattie cardiovascolari 5   
 Diabete 6   
 Disfunzione epatica 7   
 Altro (quale) ..... 8

Note: indicare il motivo dell'eventuale inidoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

.....

.....

## VALUTAZIONE CHIRURGICA

**Giudizio clinico**

Idoneo Ottimo 1  Buono 2  Sufficiente 3  Alto rischio per  
 Non idoneo temporaneamente T   
 Non idoneo definitivamente N

Età 4   
 Malattie cardiovascolari 5   
 Diabete 6   
 Disfunzione epatica 7   
 Altro (quale) ..... 8

Note: indicare il motivo dell'eventuale inidoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

.....

.....

Posizione in lista di attesa (dopo valutazione nefrochirurgica)2

- 1  lista ordinaria
- sospeso: motivi clinici
- 10  fuori lista: motivi vari

Data ..... Firma del nefrologo ..... Firma del chirurgo .....

II Centro ..... cod .....

## VALUTAZIONE NEFROLOGICA

**Giudizio clinico**

Idoneo Ottimo 1  Buono 2  Sufficiente 3  Alto rischio per  
 Non idoneo temporaneamente T   
 Non idoneo definitivamente N

Età 4   
 Malattie cardiovascolari 5   
 Diabete 6   
 Disfunzione epatica 7   
 Altro (quale) ..... 8

Note: indicare il motivo dell'eventuale inidoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

.....

.....

## VALUTAZIONE CHIRURGICA

**Giudizio clinico**

Idoneo Ottimo 1  Buono 2  Sufficiente 3  Alto rischio per  
 Non idoneo temporaneamente T   
 Non idoneo definitivamente N

Età 4   
 Malattie cardiovascolari 5   
 Diabete 6   
 Disfunzione epatica 7   
 Altro (quale) ..... 8

Note: indicare il motivo dell'eventuale inidoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

.....

.....

Posizione in lista di attesa (dopo valutazione nefrochirurgica)2

- 1  lista ordinaria
- sospeso: motivi clinici
- 10  fuori lista: motivi vari

Data ..... Firma del nefrologo ..... Firma del chirurgo .....