



NORD ITALIA TRANSPLANT

Cartella sanitaria per il trapianto combinato di rene e pancreas (da allegare alla cartella di iscrizione al trapianto di rene)

ISCRIZIONE IN LISTA DI ATTESA

Presentazione del paziente (Parte riservata al Centro Dialisi di Provenienza)

Codice

Cognome Nome
Centro Trapianti Codice Centro

Il/la Sottoscritto/a
(Cognome e Nome)

Autorizza il Centro di provenienza a trasmettere i dati sottoelencati al Centro Interregionale di Riferimento per l'ammissione in lista di attesa.
Si dichiara disposto/a a sottoporsi a trapianto di pancreas da cadavere nell'ambito del NITp.

Centri Trapianto preferiti 1° cod
2° cod

Data

Firma del paziente o del Tutore

ANAMNESI DIABETOLOGICA

Data di insorgenza D.M.

Familiarità NO SI

Autoanticorpi ICA

Autoanticorpi antinsulinici

Terapia attuale

Fabbisogno insulinico

Complicanze (*):		A	P	NO	NN
Retinopatia	(1) .....	.....	.....	.....	.....
Nefropatia	(2) .....	.....	.....	.....	.....
Neuropatia Aut.	(3) .....	.....	.....	.....	.....
Neuropatia Perif.	(4) .....	.....	.....	.....	.....
Macroangiopatia	.....	.....	.....	.....	.....

Note

A = dati attuali

P = dati progressi

NO = anamnesi negativa

NN = non noto

(*) Classificazione complicanze diabete:

(1) 1. Background; 2. Proliferante

(2) 1. I stadio; 2. II stadio; 3. III stadio; 4. IV stadio

(3) 1. Cardiovascolare; 2. Gastrointestinale; 3. Genitourinario

(4) 1. Mononeuropatia; 2. Polineuropatia

DATI EMATOCHIMICI E STRUMENTALI RECENTI

Glicemia basale HbA1c

Test da stimolo arginina o glucagone

Scintigrafia e/o coronarografia

Valutazione Diabetologica (Parte riservata ai Centri Trapianto)

Centro Trapianto cod

Giudizio clinico	Idoneo	Ottimo 1 <input type="checkbox"/>	Buono 2 <input type="checkbox"/>	Sufficiente 3 <input type="checkbox"/>	Alto rischio per	{ <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Età</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Malattie cardiovascolari</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Disfunzione epatica</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Altro (quale)</td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Età	4 <input type="checkbox"/>	Malattie cardiovascolari	5 <input type="checkbox"/>	Disfunzione epatica	6 <input type="checkbox"/>	Altro (quale)	7 <input type="checkbox"/>
	Età	4 <input type="checkbox"/>												
	Malattie cardiovascolari	5 <input type="checkbox"/>												
	Disfunzione epatica	6 <input type="checkbox"/>												
Altro (quale)	7 <input type="checkbox"/>													
Non idoneo temporaneamente	T <input type="checkbox"/>													
Non idoneo definitivamente	N <input type="checkbox"/>													

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)2

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| { | 1 <input type="checkbox"/> | lista ordinaria |
| | <input type="checkbox"/> | sospeso: motivi clinici |
| | 10 <input type="checkbox"/> | fuori lista: motivi vari |

Data

Firma del medico