



EVENTO FORMATIVO

**“L’inserimento dei coordinatori infermieristici e
ostetrici neoacquisiti in AOUP anno 2012”**



PROCESSO DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI PER TRAPIANTI E ATTIVITÀ OBITORIALI

Annarosa Saviozzi

DMPO, Coordinatore infermieristico donazione organi e tessuti per trapianto e attività obitoriali

OTT, Responsabile Centro Informativo Regionale Donazione-Trapianto OTT



OBIETTIVI



Fornire inquadramento generale e interazioni delle
UU.OO. con le strutture

- Obitoriali
- Di medicina della donazione di organi e tessuti per trapianto



INQUADRAMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI OBITORIALI





INQUADRAMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI OBITORIALI



DMPO



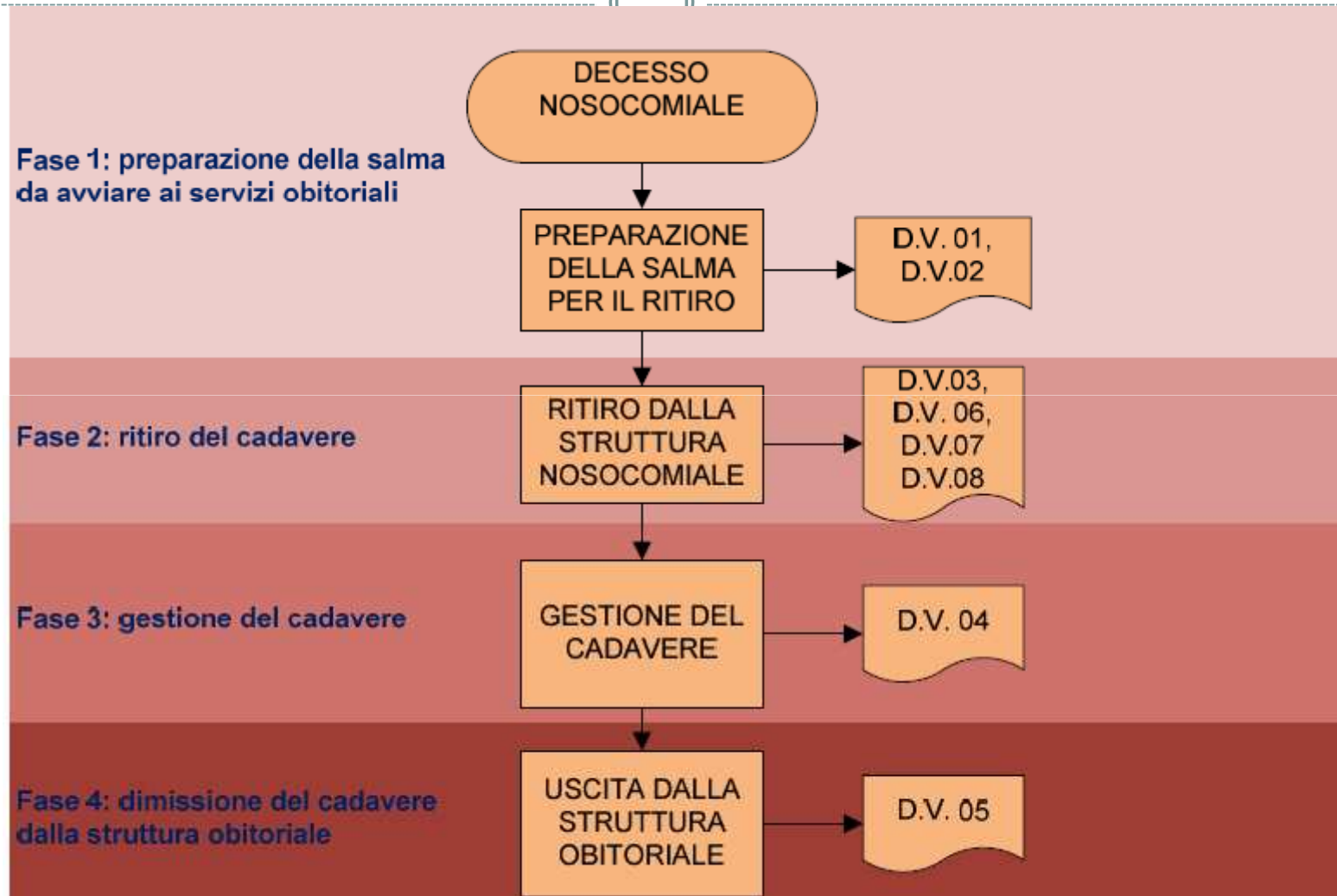
INQUADRAMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI OBITORIALI



- **Regolamento dei servizi obitoriali** (Delibera D.G. AOUP n°1006 del 30/12/2005)
- **Procedura Aziendale 39 “Gestione del decesso nosocomiale”**
- **Le attività obitoriali sono svolte da personale qualificato**

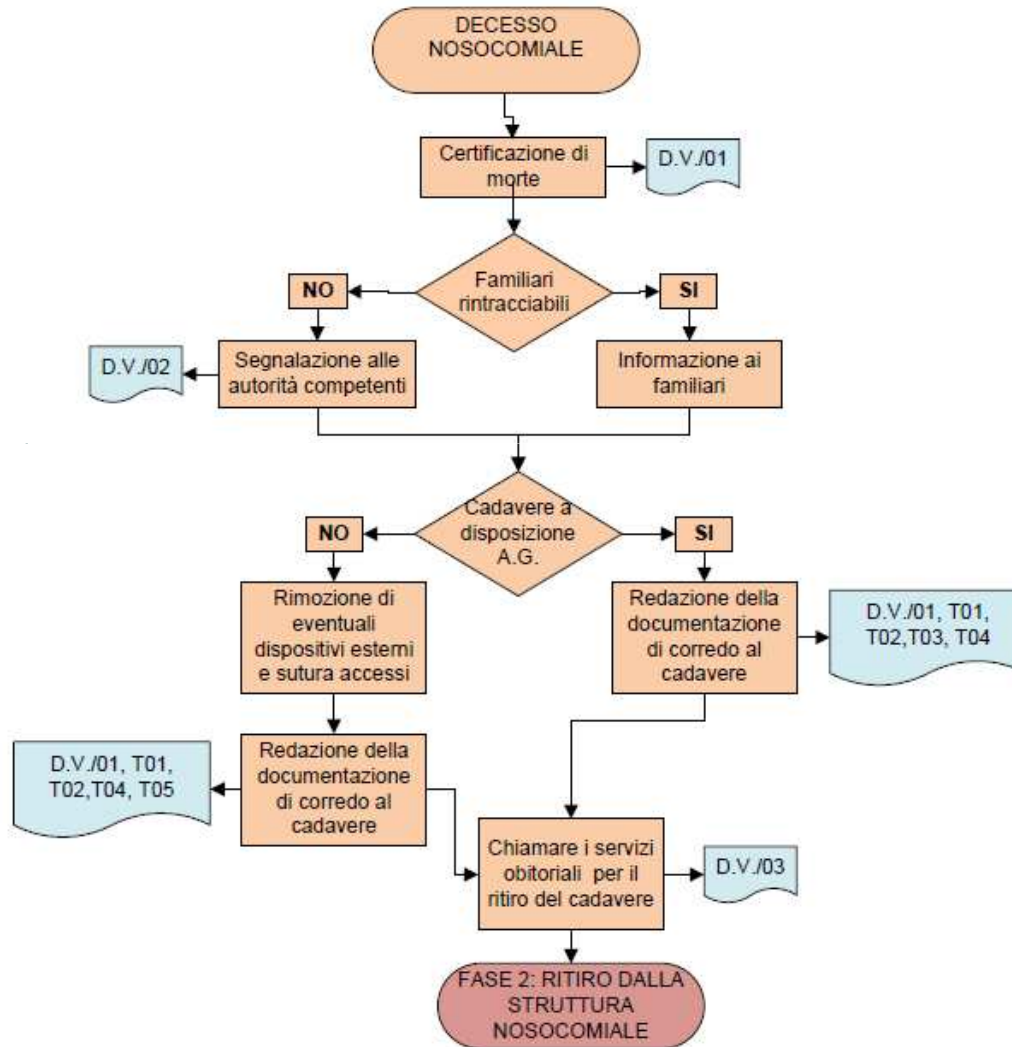


INQUADRAMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI OBITORIALI





INQUADRAMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI OBITORIALI



Az. Osp. - Univ. Pisana	PROCEDURA AZIENDALE GESTIONE DEL DECESSO NOSOCOMIALE	P.A. 39 Rev. 02 Pag. 7 di 14
----------------------------	---	------------------------------------

6.1.1 Linear Responsibility Chart FASE 1

FASE 1: PREPARAZIONE DELLA SALMA DA AVVIARE AI SERVIZI OBITORIALI	INFERMIERE DI REPARTO	MEDICO DI REPARTO	DOCUMENTO
AZIONE			
Comunicazione ai familiari dell'avvenuto decesso e delle disposizioni del caso (Es. richiesta riscontro diagnostico, invio a disposizione A.G.)	I	R	
Segnalazione alle Autorità competenti di impossibilità a reperire i familiari	I	R	D.V./02
Effettuazione ECG per 20' continuativi	R	I	D.V./01
Refertazione ECG e redazione certificazione di morte	I	R	D.V./01, Certificato Necroscopico
Archiviazione in cartella clinica del tracciato ECG refertato	R	I	
Rimozione di eventuali dispositivi esterni	R	I	
Sutura di eventuali accessi per arrestare la perdita di liquidi	I	R	
Redazione della documentazione di corredo al cadavere	I	R	D.V./01, T01/PA35, ISTAT, ECG, T02, T03, T04, T05, T06
Segnalazione del cadavere ai servizi obitoriali per il ritiro	R	I	D.V./01



INQUADRAMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI OBITORIALI



Circolare DMPO Prot. 7529 del 07/11/2005

- Le attività obitoriali vengono assicurate esclusivamente e senza alcun onere per l'utente dal personale in forza alle camere mortuarie
- Le onoranze funebri vengono svolte da imprese liberamente incaricate dai familiari del defunto



INQUADRAMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI OBITORIALI



Az. Osp. – Univ. Pisana	ATTO NOTORIO ⁽¹⁾	T.07/P.A.39 Rev: 00 dal 20/10/2010 Pag. 1 di 1
----------------------------	-----------------------------	---

Gentili Signori,

in occasione della dolorosa perdita del vostro caro familiare, nell'esprimere le più sentite condoglianze, consentite di esserVi di aiuto, fornendoVi alcune informazioni che è opportuno conoscere.

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana non provvede ai servizi di onoranze funebri e non dispone di persone o imprese atte allo scopo.

Per quanto sopra, nessuna impresa o persona è da noi stata incaricata per offrire i propri servizi o a svolgere in Ospedale attività comunque connesse alle onoranze funebri.

Per tali servizi, i familiari del defunto dovranno rivolgersi ad una impresa funebre di loro scelta.

Si raccomanda di non prestare ascolto o credito a persone o conoscenze occasionali; tanto più che non potendo, di norma, aver luogo i funerali se non 24 ore dopo il decesso, c'è tutto il tempo per poter decidere con la calma e la ponderazione di tutta la famiglia e dopo aver valutato tutti gli aspetti del problema, non esclusi quelli economici.

Pertanto, mentre l'Ospedale avrà cura, senza alcuna spesa per la famiglia, di custodire ed esporre la salma nelle apposite stanze mortuarie e provvederà ad inviare l'avviso di morte ai competenti Uffici Comunali. Vi preghiamo di far conoscere, dopo le Vostre valutazioni, gli intendimenti assunti per quanto riguarda il funerale, consegnando al personale addetto all'Obitorio il tagliando in calce alla presente, personalmente compilato e firmato.

Con l'occasione si ricorda che nulla è dovuto al personale addetto all'obitorio per la propria opera e che questa Azienda reprime severamente ogni inadempimento in proposito.

Si rinnovano le più sentite condoglianze.

Il Direttore Sanitario

Alla Direzione Sanitaria AOUP

La/il sottoscritto/a sig.ra/re _____

dichiara

ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità consapevole delle responsabilità penali cui incorre in caso di dichiarazioni mendaci

- ✦ di essere _____ (indicare grado di parentela)
- ✦ di essere erede dell'/la defunto/a sig./sig.ra _____
- ✦ di aver affidato, dopo essersi consultato nell'ambito della propria famiglia ed aver valutato ogni aspetto del problema, l'incarico delle onoranze funebri del suo congiunto alla ditta: _____

Di acconsentire, inoltre, che venga affidata, ad incaricato della predetta Impresa Funebre, la documentazione sanitaria utile all'acquisizione delle necessarie autorizzazioni per il trasferimento della salma e per la sua inumazione.

_____ (firma)

Pisa li, _____

⁽¹⁾ Modulo da archiviare agli atti della documentazione obitoriale.



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E SERVIZI OBITORIALI



Circolare DMPO Prot.7529 del 07/11/2005

Prima di avviare le salme agli obitori ospedalieri è necessario che sia rimosso qualsiasi dispositivo esterno e provveduto alla sutura degli accessi per arrestare eventuali perdite di fluidi biologici



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E SERVIZI OBITORIALI



Ritiro della salma dal reparto

Affinché la salma possa essere ritirata dal reparto è necessario che sia stata compilata, timbrata e firmata, da parte del medico che constata il decesso, tutta la documentazione prevista dalla PA39



INT

Az. Osp. - Univ.
Pisana

SCHEDA COMUNICAZIONE DATI
CLINICO-ANAMNESTICI

T.01/P.A.35

Rev. 0
del 27/10/06

Pag. 1 di 1



DA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

ISTAT MODELLO 04 - Ediz. 2012

COPIA PER L'ISTAT

(Se eventualmente correggere cognome e nome)

Vita defuntolo

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA	
Comune	
Provincia	

Residenza

Qualifica professionale e non professionale

Capofamiglia	1
Occupato	2
Senza di prima occupazione	3
Attivo del lavoro	4
Disoccupato	5
Retirato	6
Senza di lavoro	7
o (compreso servizio di leva o servizio civile)	8

Qualifica nella professione

Impiegato con un titolo di studio I o II	1
Impiegato/Incaricato di lavoro professionale	2
Impiegato/Incaricato in proprio e costantemente	3
Altro	4
Autorevole/tecnico dipendenti	5
Ingegnere o dottore	6
Regolarmente o irregolarmente	7
Quartiere o assistente	8
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)	9

Modalità di attività economica

Impiegato con un titolo di studio I o II	1
Impiegato/Incaricato di lavoro	2
Impiegato/Incaricato in proprio e costantemente	3
Altro	4

Destinazione

Senza	1
Per reddito	2
Acquisto	3
Gratuito	4
Altro	5

Indirizzo

Indirizzo	1
Indirizzo	2
Indirizzo	3
Indirizzo	4

Indirizzo

Indirizzo	1
Indirizzo	2
Indirizzo	3
Indirizzo	4

Da compilare in tutti i casi di decesso a cura del Medico di reparto unitamente alla scheda ISTAT¹

U.O. _____

Cognome e Nome defunto _____ di anni _____

Visti i dati anamnestici e/o quanto emerso dagli esami clinico - strumentali eseguiti durante il ricovero, ad integrazione e precisazione di quelli forniti con il Modello ISTAT, si segnalano le seguenti condizioni cliniche del defunto: (segnare con una X le eventuali notizie da fornire).

Infusioni nelle ultime 48 ore di:	
n° unità di Sangue	ml totale colloidi (plasma, PLT, albumina ecc)
Infusioni nell' ora antecedente il decesso di:	
ml totale cristalloidi	(fisiologica, destrino, ringar ecc)

La compilazione del dato relativo ai volumi infusi è indispensabile per il calcolo dell' emodiluizione

Presenza di:

- Setticemia
- Emofilia
- Emodialisi cronica
- Anziani ad alto rischio (tossicodipendenti, ecc.)
- Positività ai Marker dell' epatite B (HbsAg), epatite C (HCVAb), AIDS (HIVAb) e/o alla Lue
- Leucemia, linfoma, mieloma
- Patologie dell'occhio compresi i progressi interventi chirurgici
- Malattie del S.N.C. ad eziologia sconosciuta
- Sottoposto a terapia con radioisotopi

Il Medico di Reparto

Cognome _____ Nome _____

Firma _____ Data ____/____/____

Riservato alla Sez. Medicina della Donazione Organi e Tessuti e Coordinamento A.O.U. Pisa	
Visti i dati clinico-anamnestici di cui sopra e quanto emerso dal colloquio con i familiari del defunto e/o col medico curante e tenuto conto di quanto previsto dalla specifica procedura OTT/D/002, si ritiene:	
NON IDONEO <input type="checkbox"/> IDONEO al prelievo di: <input type="checkbox"/> Cornea <input type="checkbox"/> Osso <input type="checkbox"/> Cute <input type="checkbox"/> Homografts <input type="checkbox"/>	
Il Coordinatore della Donazione	

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA
Per una corretta compilazione leggere le istruzioni
SCRIVERE IN STAMPATELLO

PARTE A - A CURA DEL MEDICO
MARCHIO
FESMHA Cognome e nome della persona defunta

1. Luogo del decesso

2. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

3. Parte I Sequenza di condizioni morbose, lesioni o la più rilevante

4. Parte II Altri stati esorbenti rilevanti - Indicare altre morbose contribuito al decesso.

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO

5. Circolessenza che ha dato origine alle lesioni indicate nel q

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento

6.1 Infartus sul lesione

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche

7.2 Ruolo della vittima

7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scarto, ribaltamento, ecc)

7.4 In caso di scarto indicare l'oggetto (es. vetro, rotazione) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. ...)

Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza (scrivere e spiegare in stampatello)



INT

Az. Osp. - Univ.
Pisana

SCHEDA COMUNICAZIONE DATI
CLINICO-ANAMNESTICI

T.01/P.A.35

Rev. 0
del 27/10/06

Pag. 1 di 1



Da compilare in tutti i casi di decesso a cura del Medico di reparto unitamente alla scheda ISTAT

U.O. _____

Cognome e Nome defunto _____ di anni _____

Visti i dati anamnestici e/o quanto emerso dagli esami clinico - strumentali eseguiti durante il ricovero, ad integrazione e precisazione di quelli forniti con il Modello ISTAT, si segnalano le seguenti condizioni cliniche del defunto: (segnare con una X le eventuali notizie da fornire).

Infusioni nelle ultime 48 ore di:

n° unità di Sangue ml totale colloidi (plasma, PLT, albumina ecc)

Infusioni nell' ora antecedente il decesso di:

ml totale cristalloidi (fisiologica, destrono, ringar ecc)

La compilazione del dato relativo ai volumi infusi è indispensabile per il calcolo dell' emodiluizione

Presenza di:

- Setticemia
- Emofilia
- Emodialisi cronica
- Anziani ad alto rischio (tossicodipendenti, ecc.)
- Positività ai Marker dell' epatite B (HbsAg), epatite C (HCVAb), AIDS (HIVAb) e/o alla Lue
- Leucemia, linfoma, mieloma
- Patologie dell'occhio compresi i progressi interventi chirurgici
- Malattie del S.N.C. ad eziologia sconosciuta
- Sottoposto a terapia con radioisotopi

Il Medico di Reparto

Cognome _____ Nome _____

Firma _____ Data ____/____/____

Riservato alla Sez. Medicina della Donazione Organi e Tessuti e Coordinamento A.O.U. Pisa

Visti i dati clinico-anamnestici di cui sopra e quanto emerso dal colloquio con i familiari del defunto e/o col medico curante e tenuto conto di quanto previsto dalla specifica procedura OTT/D/002, si ritiene:

NON IDONEO IDONEO al prelievo di: Cornea Osso Cute Homografts

Il Coordinatore della Donazione

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA
Per una corretta compilazione leggere le
SCRIVERE IN STAMPATELLO

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

MARCO40

FORMA

Cognome e nome della persona defunta

1. Luogo del decesso

Residenze

Stato di casa (pubblica - privata - accoppiata) ... 2

Tipologia

Struttura ospedaliera o socio-sanitaria ... 4

Altre specificazioni

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

Gravidanza gestazionale ... 1

Morte in gravidanza ... 2

Morte senza gravidanza

4. Parte I Sequenza di condizioni morbose, lesioni o

la più rilevante

Causa iniziale

Sequenza di condizioni morbose, lesioni o la più rilevante

1

2

3

4

EVENTUALE condizioni o complicazioni che abbiano contribuito al decesso

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

DA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

ISTAT MODELLO 04 - Ediz. 2012

COPIA PER L'ISTAT

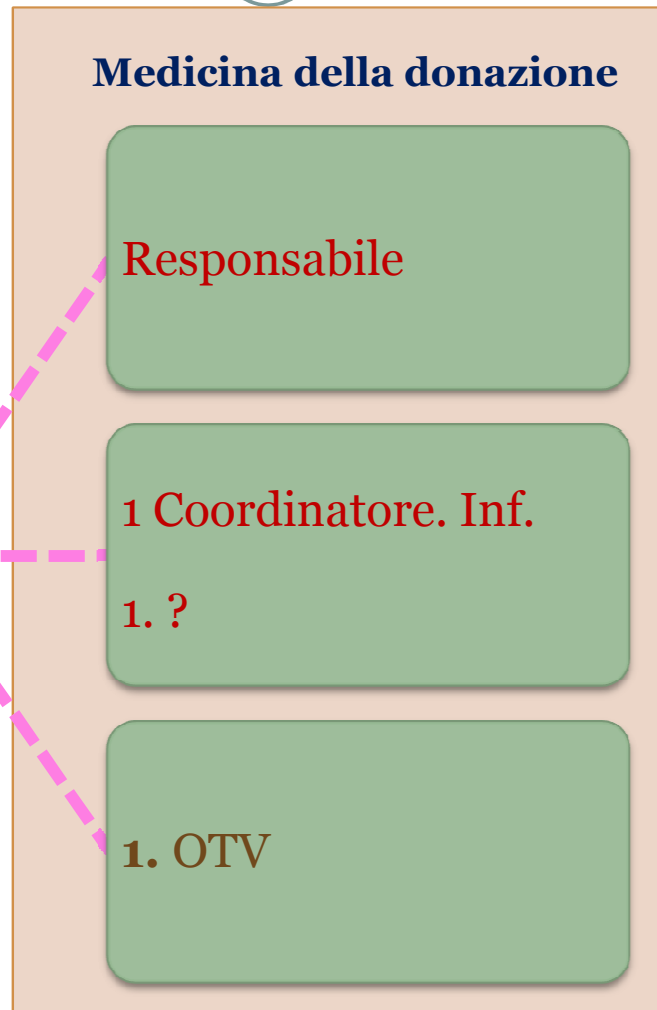
(Se eventualmente correggere cognome e nome)



INQUADRAMENTO STRUTTURALE MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI PER TRAPIANTO



DMP



**Ruolo Operativo,
Clinico-Organizzat.
e Coordinamento**

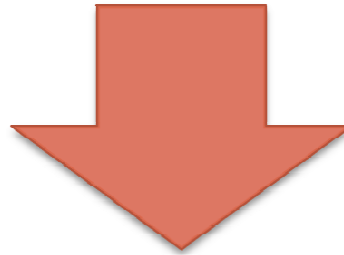
**Ruolo di supporto
Amministrativo**



INQUADRAMENTO STRUTTURALE MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI PER TRAPIANTO



Donare significa acconsentire al fatto che, **dopo la morte**, alcuni **organi o tessuti siano prelevati** dal cadavere **al fine di essere trapiantati** ad ammalati gravi che ne hanno necessità per sopravvivere o per migliorare la loro qualità di vita



Attività trasversale



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



INDIVIDUAZIONE DEL
POTENZIALE DONATORE

UU.OO. Rianimazione

Tutte le UU.OO.

Decessi in Morte Encefalica **P.A.34**

Decessi in Arresto Cardiorespiratorio **P.A.35**



MORTE



MORTE

**Cessazione irreversibile di tutte le funzioni
dell'encefalo**



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



Az. Osp. – Univ. Pisana	PROCEDURA AZIENDALE PROCESSO DI GESTIONE DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI NEL DECESSO IN MORTE ENCEFALICA	P.A. 34 Rev. 06 Pag. 5 di 19
------------------------------------	---	------------------------------------

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

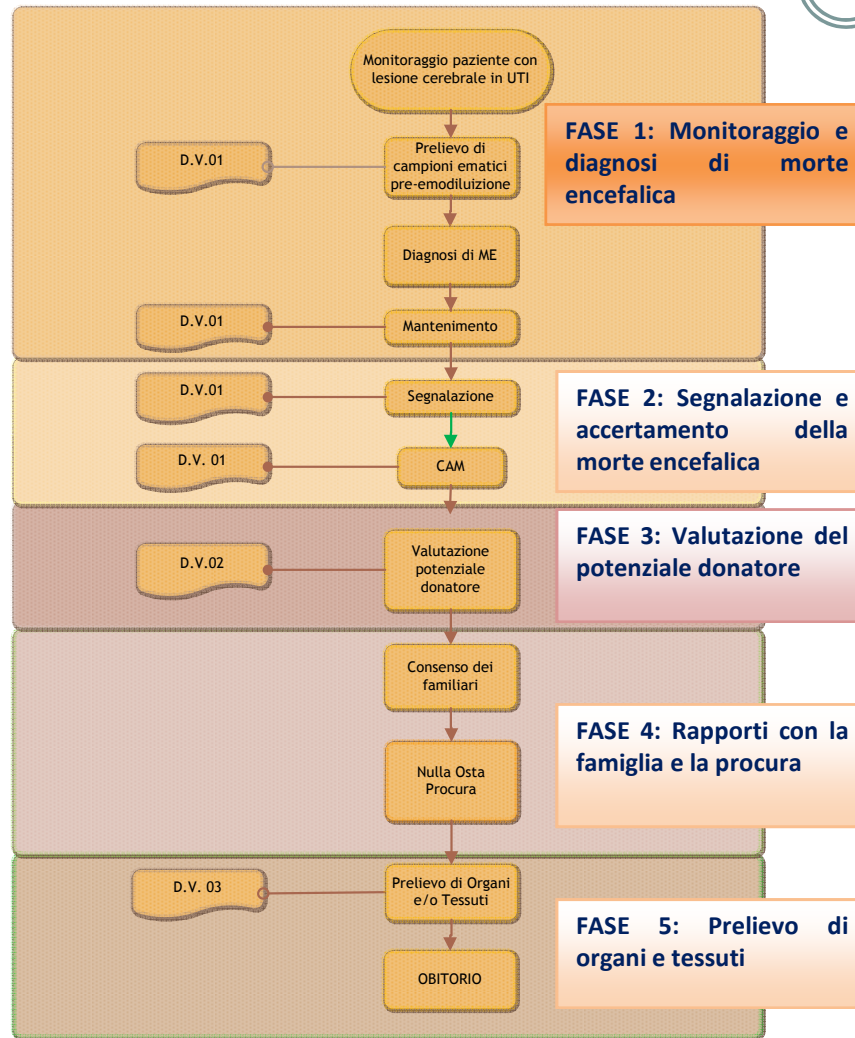
La presente procedura aziendale deve essere applicata, ognuno per i propri ambiti di competenza, dal personale sanitario:

- di tutte le UU.OO. di Area Critica
- di tutte le UU.OO./ Sez. di Anestesia e Rianimazione
- della Sezione Medicina della Donazione di Organi e Tessuti
- della U.O. di Neurologia-Neurofisiopatologia
- dei Laboratori Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche di S.Chiera e Cisanello
- del Laboratorio Trapianti S.Chiera
- del Centro NAT S.Chiera
- del Laboratorio Virologia S.Zeno
- del Centro Trasfusionale
- delle UU.OO. di Radiodiagnostica 2, DEU, Neuroradiologia
- del Servizio Ambulanze
- del Padiglione Servizi S.Chiera e Cisanello
- delle UU.OO. del Dipartimento Chirurgia Generale e d'Urgenza
- della Clinica Oculistica
- delle UU.OO. di Anatomia Patologica 1° e 3°
- della U.O. di Medicina Legale
- delle UU.OO. MCV 1° e 2°
- delle UU.OO. di Urologia 1° e 2°
- della U.O. POCAS

P.A.34



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



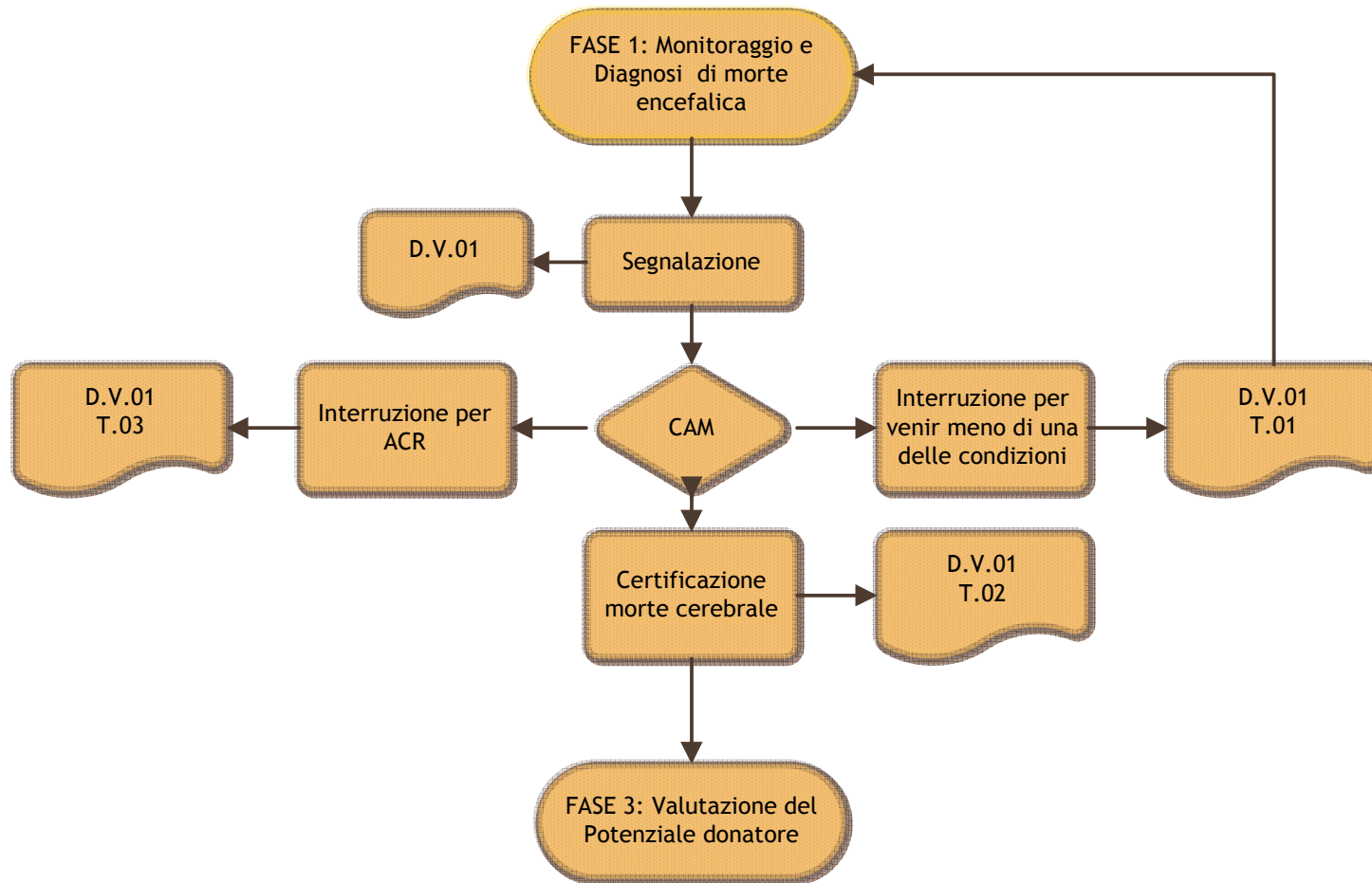
P.A.34



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



P.A.34





INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



P.A.34

FASE2: SEGNALAZIONE E ACCERTAMENTO DELLA MORTE ENCEFALICA	RIANIMATORE ¹	INFERMIERE ²	DIREZIONE SANITARIA ³	COORDINAMENTI ⁴	TECNICO EEG ⁵	NEUROLOGO ⁶	MEDICO LEGALE ⁷	DOCUMENTO
AZIONE								
Segnalazione della M.E. alla D.S.	R	I						D.V./01
Segnalazione della M.E. al Coordinamento Locale	R	I						D.V./01
Segnalazione della M.E. al Coordinamento Regionale	I	I		R				D.V./01
Convocazione del CAM.	I	I	R	I		I	I	D.V./01
Convocazione Tecnico EEG	I	I		I		R		D.V./01
Effettuazione EEG	I	I		I	R	I	I	D.V./01
Refertazione di EEG	I	I		I	I	R	I	D.V./01
Predisposizione di quanto necessario al CAM	I	R				I		D.V./01
Riflesso corneale	I	I		I		R	I	D.V./01
Riflesso fotomotore	I	I		I		R	I	D.V./01
Riflesso oculovestibolare	I	I		I		R	I	D.V./01
Riflesso carenale	R			I		I	I	D.V./01
Riflesso faringeo	R			I		I	I	D.V./01
Test apnea	R			I		I	I	D.V./01
Verifica della corretta procedura di accertamento morte e compilazione relativa documentazione	I			I		I	R	D.V./01

¹Rianimatore componente CAM, ²Infermiere dedicato al mantenimento o in assenza di turno, ³Medico reperibile DMPO, ⁴Coordinatore medico o infermiere, ⁵Tecnico EEG reperibile o di turno, ⁶Neurologo componente CAM, ⁷Medico Legale componente CAM



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



Az. Osp. – Univ. Pisana	PROCEDURA AZIENDALE PROCESSO DI GESTIONE DELLA DONAZIONE DI TESSUTI IN DECESSO IN ARRESTO CARDIO-RESPIRATORIO	P.A. 35 Rev. 04 Pag. 4 di 12
------------------------------------	--	------------------------------------

P.A.35

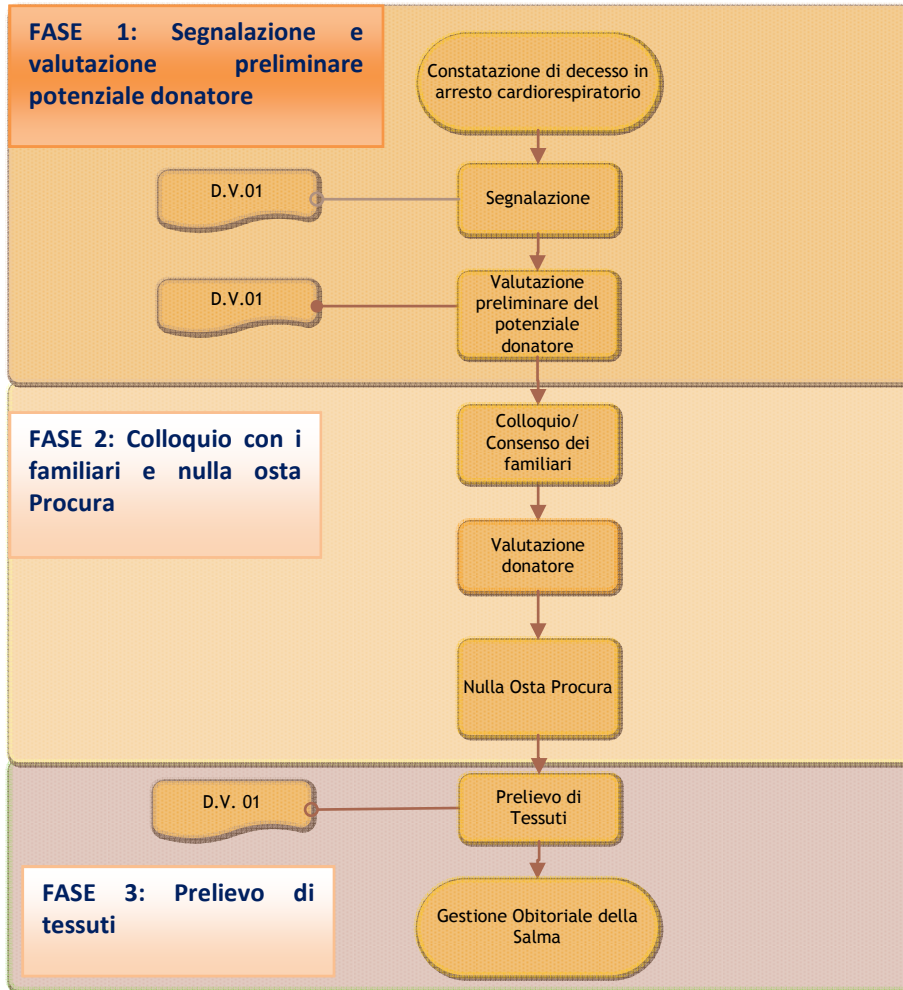
3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata, ognuno per i propri ambiti di competenza, dal *personale sanitario e non*:

- di tutte le UU.OO. di degenza della A.O.U.P.
- della Sezione Medicina della Donazione di Organi e Tessuti
 - dei Laboratori Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche di S.Chiera e Cisanello
 - del Laboratorio trapianti
 - dei Centri Trasfusionali S.Chiera e Cisanello
 - del Garage
 - delle UU.OO. del Dipartimento Chirurgia Generale e d'Urgenza
 - della U.O. di Anatomia Patologica 3°
 - della U.O. di Medicina Legale
 - della U.O. POCAS



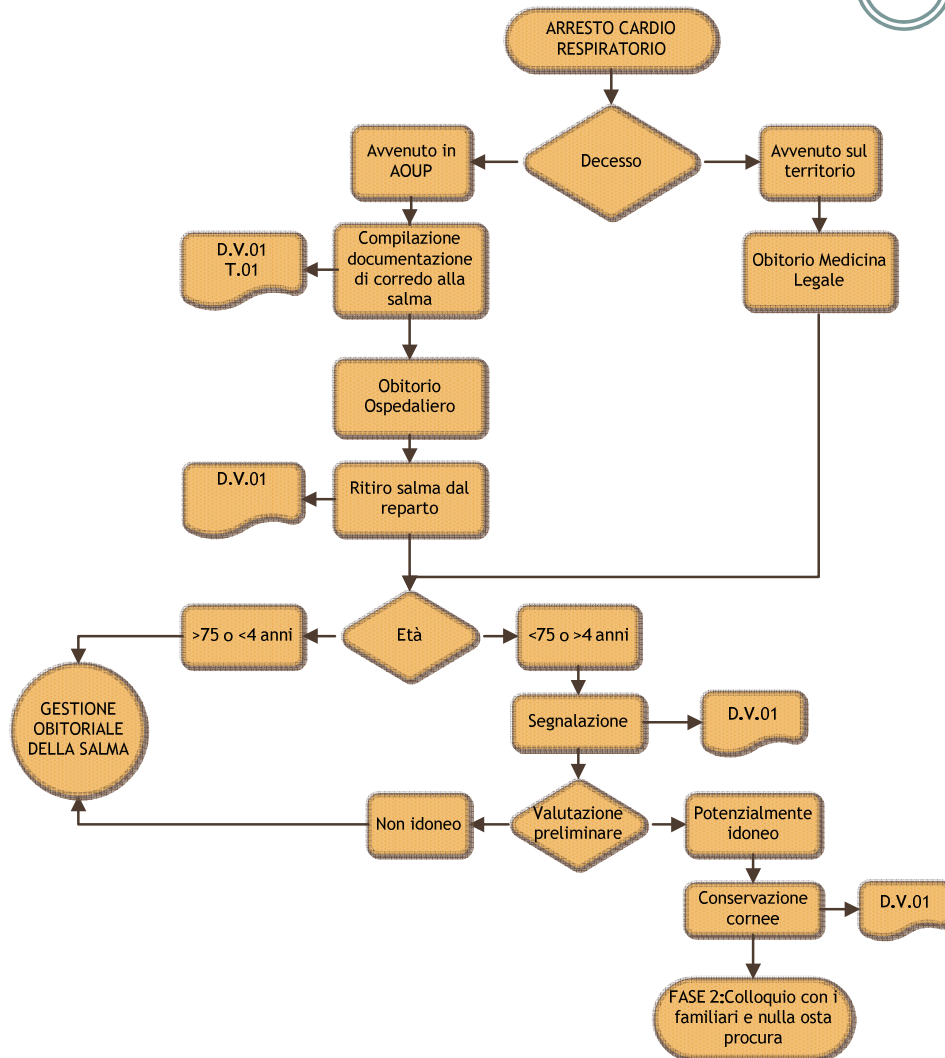
INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



P.A.35



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



P.A.35



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



FASE 1: SEGNALAZIONE DI DECESSO IN A.C.R. E VALUTAZIONE PRELIMINARE DEL POTENZIALE DONATORE	MEDICO REPARTO/P.S. ¹	INFERMIERE REPARTO/P.S. ²	OBITORIO OSPEDALIERO ³	OBITORIO LEGALE ⁴ MED.	COORDINAMENTO ⁵	DOCUMENTO
AZIONE						
Compilazione documentazione di corredo alla salma	R	I	I			D.V.01 T01 OTT/SR/002
Segnalazione obitoriale di avvenuto decesso	I	R	I			D.V.01
Verifica della completezza della documentazione di corredo alla salma	I	I	R			D.V.01
Identificazione e ritiro salma dal reparto	I	I	R			D.V.01
Individuazione della famiglia e invito a recarsi in obitorio	I	I	R			
Segnalazione, dei decessi nosocomiali <75 aa e >4 aa, al coordinamento			R		I	D.V.01
Segnalazione, delle salme accettate presso la Medicina Legale <75 aa e >4 aa, al coordinamento				R	I	D.V.01
Valutazione preliminare del potenziale donatore			I	I	R	T.01 ISTAT OTT/D/004
Registrazione, informatizzata e cartacea, dei dati relativi alla salma			R		I	
Crioconservazione del tessuto corneale			R		I	D.V.01

¹Medico di reparto/P.S. che constata il decesso,²Infermiere di turno in reparto/P.S.,³Operatore di turno ai servizi obitoriali ospedalieri,⁴Operatore che accetta la salma presso la struttura di Medicina Legale,⁵Coordinatore medico o infermiere

P.A.35



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



Az. Osp. – Univ. Pisana	GESTIONE DELLE FASI DEL PROCESSO DI DONAZIONE DI TESSUTI	D.V.01/P.A.35 Rev. 00 del 01/06/2009 Pag. 1 di 1
------------------------------------	---	---

1. ACCETTAZIONE E SEGNALAZIONE DI DECESSO IN A.C.R.

DOCUMENTAZIONE DI CORREDO ALLA SALMA

- modello ISTAT ,debitamente compilato
- richiesta/rinuncia al riscontro diagnostico oppure, nei casi di morte violenta, modulo per la comunicazione all'Autorità Giudiziaria
- cartellino anagrafico
- scheda comunicazione contenente i dati clinico-anamnestici (T01)
- tanatogramma refertato come piatto e firmato dal medico che constata il decesso
- eventuale scheda per il calcolo dell'emodiluizione (OTT/SR/002)

P.A.35

SEGNALAZIONE AI SERVIZI OBITORIALI

- Servizi Obitoriali S.Chiara: Tel . 2221, N° breve 4989
- Servizi Obitoriali Cisanello: Tel . 6854, N° breve 4990

SEGNALAZIONE AL COORDINAMENTO LOCALE PER LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

- Coordinatore Medico: Dr Bozzi Tel. 4703
- Coordinatore Infermieristico: Dr.ssa Saviozzi Tel. 4753



INTERAZIONE UU.OO. AZIENDALI E MEDICINA DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI



Az. Osp. – Univ. Pisana	SCHEDA COMUNICAZIONE DATI CLINICO-ANAMNESTICI	T.01/P.A.35 Rev. 0 del 27/10/06 Pag. 1 di 1
------------------------------------	--	--

Da compilare in tutti i casi di decesso a cura del Medico di reparto unitamente alla scheda ISTAT*

U.O. _____

Cognome e Nome defunto _____ di anni _____

Visti i dati anamnestici e/o quanto emerso dagli esami clinico – strumentali eseguiti durante il ricovero, ad integrazione precisazione di quelli forniti con il Modello ISTAT, si segnalano le seguenti condizioni cliniche del defunto (segnare con una X le eventuali notizie da fornire).

Infusioni nelle ultime 48 ore di:
n° unità di Sangue ml totale colloidi (plasma, PLT, albumina ecc)
Infusioni nell' ora antecedente il decesso di:
ml totale cristalloidi (fisiologica, destrosio, ringer ecc)

La compilazione del dato relativo ai volumi infusi è indispensabile per il calcolo dell'emodiluzione

Presenza di:

- Semicoma
- Emofilia
- Emodialisi cronica
- Anamnesi ad alto rischio (tossicodipendenti, ecc.)
- Positivita ai Marker dell'epatite B (HbsAg), epatite C (HCVAb), AIDS (HIVAb) e/o alla Lue
- Leucemia, linfoma, mieloma
- Patologie dell'occhio complessi e progressi interventi chirurgici
- Malattie del S.N.C. ad etiologia sconosciuta
- Sottoposto a terapia con radioisotopi

Il Medico di Reparto

Cognome _____ Nome _____

Firma _____ Data ____/____/____

Rinviato alla Sez. Medicina della Donazione Organi e Tessuti e Coordinamento A.O.U. Pisa

Visti i dati clinico-anamnestici di cui sopra e quanto emerso dal colloquio con i familiari del defunto e/o col medico curante e tenuto conto di quanto previsto dalla specifica procedura OTT/D/002, si rinuncia:

NON IDONEO **IDONEO** al prelievo di: Cornea Osso Cute Homografts

Il Coordinatore della Donazione



ORGANIZZAZIONE TOSCANA TRAPIANTI	Pag 1 di 1
ALGORITMO PER IL CALCOLO DELLA EMODILUZIONE DI DONATORE DI ORGANI E TESSUTI	Emesso OTT 15.10.07

(ATTENZIONE effettuare sempre il calcolo prima di effettuare il prelievo di campioni ematici, per la valutazione della loro idoneità)

Nominativo donatore _____ Data nascita _____

Valutazione emodiluzione effettuata in data _____ alle ore _____

Volume plasmatico (VP):

VP = Peso del donatore / 0.025 = ml.

Volume sanguigno (VS):

VS = Peso del donatore / 0.015 = ml.

A. Volume totale di sangue trasfuso nelle precedenti 48 ore / un sacca circa 350ml):

Volume di: Concentrato di emazie/48 h. ml.

Sangue totale/48 h. ml.

Sospensione di emazie ml.

Totale A = ml.

B. Volume totale dei colloidi infusi nelle precedenti 48 ore:

Volume di:

Destrosio ml.

Plasma ml.

Plastine ml.

Albumina ml.

Altro ml.

..... ml.

Totale B = ml.

C. Volume dei cristalloidi infusi nell'ora precedente:

Volume di:

Soluzione fisiologica ml.

Destrosio ml.

Ringer ml.

Altro: ml.

..... ml.

Totale C = ml.

Determinazione dell'idoneità del campione:

1. è B + C maggiore di VP? SI NO

2. è A + B + C maggiore di VS? SI NO

- Se la risposta ad ambedue le domande relativamente all'emodiluzione è NO i campioni sono accettabili e possono essere usati per i test sierologici
- Se una delle risposte all'emodiluzione è SI, i campioni ematici che vengono prelevati non sono idonei per la validazione sierologica, e sono necessari campioni prelevati prima della diluizione.

Firma e timbro del Medico _____



CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE



- Le attività obitoriali e quelle di procurement di tessuti a scopo di trapianto vengono svolte con finalità igienico, sanitarie per i famigliari dei defunti e terapeutico-assistenziali nei confronti della collettività
- Le UU.OO. Assistenziali concorrono al raggiungimento degli obiettivi di cui sopra attraverso il rispetto delle specifiche disposizioni impartite e l'applicazione delle apposite procedure accreditate
- I coordinatori Infermieristici delle Strutture coinvolte favoriscono le attività di interfaccia mediante la verifica costante delle fasi del percorso assistenziale e garantendo la disponibilità di tutto quanto occorre all'esecuzione dei compiti specifici previsti.