



Da compilare a cura della ST e inviare in forma criptata via e-mail entro 72 ore dall'utilizzo:

bcorneepiemonte@immunogenetica.net

SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Responsabile attività: Dr.ssa Piera Santoro

Tel. 011 6336519 / 4074 - Fax 011 6334363 - Reperibile 335 1328330

STRUTTURA DI TRAPIANTO:
(Ospedale/casa di cura)

TESSUTO OCULARE UTILIZZATO?

SI NO*

*Causa di mancato utilizzo:.....
.....

INFORMAZIONI RELATIVE AL RICEVENTE:.....
(Cognome e nome del paziente)

Data di nascita..... Sesso M F
Data intervento..... Occhio operato OD OS

TIPO DI INTERVENTO:

Diametro lenticolo (mm)

Cheratoplastica perforante (PK) Note.....
 Cheratoplastica lamellare anteriore (LK) Note.....
 Endocheratoplastica (EK) DSAEK DSAEK-UT DMEK
 Sclera (SCL) Note.....
Eventuali interventi associati? NO SI*

*Specificare:

DATI RELATIVI AL PRIMO CONTROLLO POST OPERATORIO:

Condizioni del lembo Trasparente Lievemente edematoso Edematoso
Tensione della sutura Normotesa Ipotesa Iperresa
Rebubbling SI NO
Reazione (RAG) o evento avverso grave (EAG) o complicanze Specificare.....
La RAG o la EAG è correlabile al tessuto innestato SI* NO

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO IL TRAPIANTO:

Cognome e Nome Qualifica
Struttura sanitaria di appartenenza
Data: Firma.....