

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	RICHIESTA ISCRIZIONE ALLA LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO CORNEA	MODU.BOPC.D001. 00.02	Rev.2
	Modulo	03/02/2025	Pagina 1 di 1



Da compilare a cura della ST e inviare in forma criptata entro 72 ore alla e-mail:

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

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE	
Cognome e Nome	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita.....	Data di nascita
C.F.....	Indirizzo di residenza:.....
Città:	Prov: Recapito telefonico:

DATI CLINICI DEL PAZIENTE	
Iscrizione per: <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS	Pregressi trapianti di cornea: OD: n°..... OS: n°.....
Visus residuo (BVA): OD/10 OS/10	Danno % (in base a tabelle INAIL):%
Iscrizione: <input type="checkbox"/> ordinaria <input type="checkbox"/> urgente (perforazione in atto)	
NB: in caso di urgenza necessario contatto telefonico ai numeri in intestazione	

PATOLOGIA CORNEALE:			
<input type="checkbox"/> Cheratite (specificare)	<input type="checkbox"/> Cheratite erpetica	<input type="checkbox"/> Distrofia endoteliale	
<input type="checkbox"/> Cheratopatia bollosa	<input type="checkbox"/> Distrofia stromale	<input type="checkbox"/> Scompenso precoce (entro 30 gg dal tx)	
<input type="checkbox"/> Distrofia di Fuchs / Guttata	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Ulcera	
<input type="checkbox"/> Scompenso tardivo (dopo 30 gg dal tx)	<input type="checkbox"/> Cheratocono	<input type="checkbox"/> Altro (specificare).....	
Interventi pregressi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Note.....	
Neovasi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quadrante: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Glaucoma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Note.....	
Precedente chirurgia per glaucoma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Note.....	
Risultato desiderato:	<input type="checkbox"/> Miglioramento acuità visiva	<input type="checkbox"/> Ripristino struttura	<input type="checkbox"/> Diminuzione dolore

CORNEA / LENTICOLO PER INTERVENTO:			
<input type="checkbox"/> PK PERFORANTE (PKP)	<input type="checkbox"/> LAMELLARE ANTERIORE (DLK)		
<input type="checkbox"/> PK TETTONICO (PKT)	<input type="checkbox"/> ENDOCHERATOPLASTICA (DMEK)		
<input type="checkbox"/> ENDOCHERATOPLASTICA (DSAEK)	<input type="checkbox"/> ENDOCHERATOPLASTICA ULTRASOTTILE (DSAEK-UT)		
<input type="checkbox"/> LENTICOLO PRE-TAGLIATO PER ENDOCHERATOPLASTICA	<input type="checkbox"/> DSAEK	<input type="checkbox"/> DSAEK - UT	
<input type="checkbox"/> PRE-CARICATO PER ENDOCHERATOPLASTICA (DSAEK)	Diametro mm	<input type="checkbox"/> < 100 μ	<input type="checkbox"/> μ
Marcatura F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> PRE-STRIPPATO PER ENDOCHERATOPLASTICA (DMEK)			
<input type="checkbox"/> PRE-CARICATO PER ENDOCHERATOPLASTICA (DMEK)	Diametro mm	<input type="checkbox"/> ENDO-IN	<input type="checkbox"/> ENDO-OUT
Marcatura F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

GENERALITÀ DEL MEDICO OCULISTA CHE RICHIEDE L'IMMISSIONE IN LISTA

Cognome e Nome Qualifica

Data della visita Struttura di Trapianto

Firma:.....

Il sottoscritto/a autorizza il Medico Oculista a trasmettere questi dati alla Banca delle Cornee della Regione Piemonte e al C.R.T., per il loro trattamento anche con l'ausilio di strumenti elettronici. Il sottoscritto viene informato che il rifiuto del trapianto dovuto a motivi personali per due volte consecutive comporta la perdita dell'anzianità di lista (Protocollo Regionale Cornee, sez. 9.2 Lista di attesa Regionale). Il sottoscritto viene informato che il Responsabile della Struttura di Trapianto può sospendere o escludere dalla lista di attesa il paziente che rifiuti il trapianto per motivi personali o che non collabori ad una adeguata gestione clinica pretrapianto.

Data:

Firma del paziente:.....