

**Struttura Sanitaria di Prelievo** .....

**Cognome e nome donatore:** .....

**Data nascita:** .....

**Barrare le fonti delle informazioni <sup>(1)</sup>:**

<b>CAUSE DI NON IDONEITA' DEL DONATORE DI TESSUTI</b>					
<b>A) CAUSA DI MORTE SCONOSCIUTA<sup>(2)</sup></b>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
<b>B) ANAMNESI NON DISPONIBILE/MALATTIA AD EZIOLOGIA IGNOTA*</b>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
<b>C) MALATTIE INFETTIVE</b>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
1. Infezioni sistemiche non controllate al momento della donazione <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>				
2. Storia, evidenza clinica o di laboratorio di infezione in atto da HIV, HBV, HCV o ittero di eziologia sconosciuta	<input type="checkbox"/>				
3. Vaccinazione con virus attenuato (nel mese antecedente la donazione)	<input type="checkbox"/>				
4. Sindrome di Reye	<input type="checkbox"/>				
<b>D) NEOPLASIE</b>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
<b>1. Neoplasia maligna in atto o pregressa<sup>(4)</sup></b>	<input type="checkbox"/>				
2. Malattie ematopoietiche quali: mielodisplasia, policitemia vera, trombocitemia essenziale, gammopatie monoclonali non indagate <sup>(5)</sup>	<input type="checkbox"/>				
<b>3. Chemioterapia o terapia radiante*</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>E) FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE DA PRIONI</b>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
1. Demenza o malattie croniche degenerative centrali ad eziologia ignota <sup>(6)</sup>	<input type="checkbox"/>				
2. Soggetto o familiare con M. di Creutzfeld-Jakob o sua variante	<input type="checkbox"/>				
3. Soggetti che hanno ricevuto trattamenti con ormoni ipofisari, allotrapianto di dura madre o sottoposti ad interventi intracranici non specificati	<input type="checkbox"/>				
4. Soggetti sottoposti ad intervento chirurgico o trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna negli anni dal 1980 al 1996	<input type="checkbox"/>				
<b>F) FATTORI DI RISCHIO PER HIV, HBV, HCV (negli ultimi 12 mesi)</b>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
1. Assunzione e.v., i.m., s.c. di stupefacenti o di cocaina per via inalatoria	<input type="checkbox"/>				
2. Prostituzione	<input type="checkbox"/>				
3. Rapporti sessuali a rischio	<input type="checkbox"/>				
4. Detenzione carceraria	<input type="checkbox"/>				
5. Malattie veneree diagnosticate o trattate	<input type="checkbox"/>				
6. Tatuaggi, piercing, agopuntura, con materiale non monouso o non sterile	<input type="checkbox"/>				
7. Esposizione (percutanea o attraverso ferite aperte o mucose) a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV, HCV	<input type="checkbox"/>				
8. Soggetti emofilici trattati con fattori della coagulazione di origine umana	<input type="checkbox"/>				
9. Soggetti in emodialisi da insufficienza renale cronica da più di un mese	<input type="checkbox"/>				
10. Partner di soggetti che rientrano nei 9 punti precedenti	<input type="checkbox"/>				
<b>G) ALTRI CRITERI DI ESCLUSIONE</b>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
1. Soggetti sottoposti a trapianti di organo, tessuti oculari o xenotrapianto <sup>(7)</sup>	<input type="checkbox"/>				
2. Ingestione/esposizione a sostanza tossica trasmissibile in dose nociva*	<input type="checkbox"/>				
3. Malattie autoimmuni, comprese le malattie del collagene, che possano pregiudicare la qualità dei tessuti da prelevare	<input type="checkbox"/>				
4. Inaffidabilità dei marcatori virali a seguito di trattamenti farmacologici a scopo immunosoppressivo	<input type="checkbox"/>				
5. rischio infettivo legato a viaggi in zone endemiche o esposizione ad agente infettivo, non escludibile con esami di approfondimento <sup>(8)</sup>	<input type="checkbox"/>				
<b>H) ETA' DEL DONATORE COMPATIBILE CON I SINGOLI TESSUTI</b>	<b>ANNI</b>				
<b>Tessuti oculari</b>	<b>Nessun limite</b>				
“ <b>vascolari</b>	<b>≤60</b>				
“ <b>cardiaci</b>	<b>≤65</b>				
“ <b>muscolo-scheletrici</b>	<b>≥15 e ≤65</b>				
“ <b>cutanei</b>	<b>≥14 e ≤78</b>				

<b>CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI PER I DIVERSI TESSUTI</b>							
<b>a) CARDIOVASCOLARI</b>		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
1. epilessia accertata e in terapia; anoressia/bulimia; malattie genetiche che determinino un patologia valvolare/vascolare			<input type="checkbox"/>				
2. assideramento			<input type="checkbox"/>				
3. alcolismo cronico			<input type="checkbox"/>				
4. precedenti interventi chirurgici a carico delle valvole o dei tessuti da prelevare			<input type="checkbox"/>				
5. traumi diretti e massivi nella zona di prelievo			<input type="checkbox"/>				
6. <i>per le valvole</i> : valvulopatia aortica e/o polmonare con incontinenza moderata/severa; polmonite nei 30 giorni precedenti senza evidenza di risoluzione			<input type="checkbox"/>				
7. <i>per i soli vasi</i> : diabete mellito insulino-dipendente <sup>(9)</sup> , terapia corticosteroidica protratta e/o con derivati dell'ormone somatotropo, claudicatio intermittens, arteriti, patologia aneurismatica, lesioni aterosclerotiche maggiori (placche),traumi,dissezioni, pregressi interventi			<input type="checkbox"/>				
<b>b) OCULARI</b>		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
1. Tumori oculari primari (neoplasia congiuntivale epiteliale, carcinoma a cellule squamose, melanoma) o metastasi nel segmento oculare anteriore di tumori primitivi.			<input type="checkbox"/>				
2. Interventi di chirurgia refrattiva e laser (prelevabili ma da segnalare alla banca perché idonei solo per trapianti endoteliali)			<input type="checkbox"/>				
3. Infezioni oculari in atto			<input type="checkbox"/>				
4. Malattie congenite o acquisite dell'occhio che possono pregiudicare il risultato del trapianto			<input type="checkbox"/>				
<b>c) CUTANEI</b>		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
1. abrasioni, ustioni acute estese			<input type="checkbox"/>				
2. nevi clinicamente sospetti, nevi multipli se > 100			<input type="checkbox"/>				
3. presenza di malattie sistemiche con compromissione cutanea estesa			<input type="checkbox"/>				
4. infezioni cutanee, dermatiti, patologie cutanee infiammatorie a carattere locale estese, ectoparassitosi			<input type="checkbox"/>				
<b>d) MUSCOLO-SCHELETRICI</b>		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>E</b>
1. Presenza o evidenza di infezione o precedente irradiazione nei siti di donazione			<input type="checkbox"/>				
2. Osteoporosi significativa (grandi segmenti scheletrici per sostegno strutturale)			<input type="checkbox"/>				
3. Malattie quali l'acromegalia, iperparatiroidismo che comportano alterazioni strutturali della matrice ossea			<input type="checkbox"/>				

Osservazioni:.....

.....

.....

.....

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Cognome, nome e firma del medico valutatore<sup>(10)</sup>

.....



## NOTE ESPLICATIVE PER LA COMPILAZIONE DELLA CHECK LIST

La check list si applica alla valutazione di idoneità del donatore cadavere di tessuti.

La compilazione cartacea della check list è da utilizzare nei casi in cui non sia possibile l'imputazione diretta dei dati nel sistema informativo trapianti regionale (Donor Manager, opzione raccomandata).

<sup>(1)</sup> Fonti delle informazioni: le linee-guida CNT chiedono di documentare le fonti che hanno permesso di valutare l'idoneità del donatore. Per ogni gruppo di criteri di esclusione, barrare la/e fonti corrispondenti: C = cartella clinica; M = medico curante; F = familiari; E = esame obiettivo del donatore.

<sup>(2)</sup> Non esclude il prelievo ma condiziona l'utilizzo dei tessuti all'identificazione della causa di morte tramite il riscontro diagnostico.

<sup>(3)</sup> Comprese malattie batteriche e infezioni sistemiche virali, fungine e parassitarie o gravi infezioni locali dei tessuti e delle cellule destinati a donazioni. Le infezioni da virus influenzali (compreso H1N1) sono compatibili con la donazione di tutti i tessuti. La sepsi batterica è compatibile con la sola donazione di cornea

<sup>(4)</sup> Sono compatibili con la donazione di tutti i tessuti il carcinoma basocellulare e i seguenti carcinomi in situ: cervice uterina, corde vocali, uroteliale papillifero intraepiteliale (pTa). Sono compatibili con la sola donazione di cornea i tumori solidi ad eccezione di quelli riportati nei criteri di esclusione specifici.

<sup>(5)</sup> Le MGUS (Monoclonal Gammopathies of Uncertain Origin) sono compatibili con la donazione di tutti tessuti in generale e con la donazione di tessuto muscolo-scheletrico destinato a liofilizzazione e demineralizzazione in particolare

<sup>(6)</sup> M. di Alzheimer, Sclerosi multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Panencefalite Acuta Sclerosante, M. di Parkinson, Leucoencefalite Multifocale Progressiva.

<sup>(7)</sup> Sono idonei i donatori di tessuti che abbiano ricevuto trattamenti con prodotti biologici, farmaci, dispositivi medici derivanti da cellule o tessuti animali non vitali.

<sup>(8)</sup> Viaggi: non esclude il prelievo ma va specificato "dove e quando", per consentire alle banche dei tessuti una appropriata valutazione del rischio.

<sup>(9)</sup> Esclusione del prelievo dal distretto femoro-popliteo-tibiale

<sup>(10)</sup> Medico valutatore: può essere anche il medico prelevatore, in accordo ai modelli organizzativi descritti nelle procedure operative delle diverse Strutture Sanitarie. Il personale infermieristico, qualora partecipi alla valutazione di idoneità del donatore, potrà apporre cognome, nome e firma accanto a quella del medico

\* Criteri compatibili con la sola donazione delle cornee (tra le malattie ad etiologia ignota sono ammesse solo sarcoidosi, amiloidosi, fibrosi polmonare idiopatica)

### CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI PER IL DONATORE PEDIATRICO

I bambini nati da madri affette da HIV (o madri che comunque rientrano in uno dei criteri di esclusione) non possono essere ammessi come donatori di tessuti finché non sia definitivamente escluso qualsiasi rischio di trasmissione dell'infezione.

a) I bambini di età inferiore a 18 mesi, nati da madri affette da HIV, epatite B, epatite C o HTLV, o a rischio di contrarre l'infezione, che sono stati allattati dalle madri nei 12 mesi precedenti non possono essere considerati donatori, indipendentemente dai risultati degli esami analitici.

b) I bambini nati da madri affette da HIV, epatite B, epatite C o HTLV, o a rischio di contrarre l'infezione, che non sono stati allattati dalle madri nei 12 mesi precedenti e che non risultano affetti da HIV, epatite B, epatite C o HTLV sulla base degli esami analitici o fisici e del controllo delle cartelle cliniche possono essere ammessi come donatori.