

**BANCA TESSUTI CARDIOVASCOLARI REGIONE LOMBARDIA**  
Centro Cardiologico Monzino – via Parea 4 – 20138 Milano  
tel. 02.58002306 – fax 02.58002312

**SCHEDA DI FOLLOW-UP PAZIENTI CON TRAPIANTO DI TESSUTO CARDIACO/VASCOLARE**

Tessuto inviato \_\_\_\_\_

Codice NIT \_\_\_\_\_ Codice BIO \_\_\_\_\_ Codice CUD \_\_\_\_\_

Ospedale che ha effettuato il trapianto \_\_\_\_\_

Chirurgo che ha effettuato il trapianto \_\_\_\_\_

**Notizie relative il ricevente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

sex \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ peso \_\_\_\_\_ altezza \_\_\_\_\_

affetto da \_\_\_\_\_

data intervento \_\_\_\_\_

tipo di intervento \_\_\_\_\_

Data controllo clinico: \_\_\_\_\_

**Notizie relative al follow up:**

Decesso NO  SI  Data decesso: \_\_\_\_\_

Causa Decesso: non cardiaca/non vascolare \_\_\_\_\_

cardiaca non valvolare \_\_\_\_\_

homograft related \_\_\_\_\_

Complicanze cardiache/vascolari: \_\_\_\_\_

Complicanze dovute all'homograft: Degenerazione calcifica  Aneurisma

Endocardite  Rottura

Insufficienza  Tromboembolia

Sostituzione dell'homograft: NO  SI

Data sostituzione: \_\_\_\_\_ Tipo di sostituto: \_\_\_\_\_

Notizie cliniche: \_\_\_\_\_

Ecocardiogramma/Ecocolordoppler: \_\_\_\_\_

Conclusioni: \_\_\_\_\_

Se disponibile allegare copia della documentazione clinica e strumentale

Data compilazione

**Firma Medico Referente**  
(leggibile)