



**FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"**  
**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico**  
C.F. 00303490189 - P. IVA 00580590180  
V.le Golgi, 19 - 27100 PAVIA  
Tel. 0382 5011

**CENTRO TRAPIANTO DI RENE**

**PAZIENTE CANDIDATO A TRAPIANTO DI RENE  
MODULISTICA**

**NOME**

**COGNOME**

**EMOGRUPPO**

**ALLERGIE**

**TERAPIA ANTIAGGREGANTE/  
ANTICOAGULANTE**

**ANAGRAFICA:**

COGNOME		
NOME		
SESSO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
DATA DI NASCITA		
LUOGO DI NASCITA		PROVINCIA
COMUNE DI RESIDENZA		
INDIRIZZO		
ATTIVITA' LAVORATIVA		

**RECAPITI DEL CANDIDATO AL TRAPIANTO**

CASA	
LAVORO/CELLULARE	
ALTRI RECAPITI UTILI	
E-MAIL PERSONALE	

DONATORE VIVENTE DISPONIBILE	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SE SI SPECIFICARE	

CENTRO DIALISI	
INDIRIZZO CENTRO	
CONTATTI CENTRO DIALISI (tel/fax/e-mail)	
MEDICI REFERENTI (telefono/fax/e-mail)	

ISCRIZIONE AD ALTRO CENTRO TRAPIANTI (se disponibile, allegare tipizzazione)	
--	--

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ANAMNESI FAMILIARE, PATOLOGICA, FARMACOLOGICA, TRASFUSIONALE  
(allegare documentazione)

PROBLEMI PSICHIATRICI/COMPORAMENTALI:	
ANAMNESTICI	
ATTUALI	

CAUSA ESRD	
DIAGNOSI ISTOLOGICA	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
EVENTUALI TP IMMUNOSOPPRESSIVE (quali e quando)	

RENI NATIVI IN SEDE

DESTRO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SINISTRO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--

DATA INIZIO DIALISI	PZ PRE EMPTIVE <input type="checkbox"/> eGFR ml/min
TIPO DIALISI	
DIURESI RESIDUA	
GIORNI DI DIALISI	L Ma Me G V S
ALTEZZA (m)	PESO (kg)
INDICE DI MASSA CORPOREA (BMI)	

PRECEDENTI TRAPIANTI (se si specificare per ognuno)

DATA TRAPIANTO	
CAUSA CESSATA FUNZIONE	
DATA ESPIANTO	

In caso di precedenti trapianti allegare eventuale documentazione clinica **e tipizzazione donatore/i**

**DATI CLINICI (compilare la relativa parte anche sulla cartella NITp e allegare copie referti)**

QUADRO INFETTIVOLOGICO (gli esami devono essere eseguiti **entro i 6 mesi** precedenti l'invio)

DATA	POSITIVO	NEGATIVO
HBsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HBV DNA (se HBsAg pos)		
Anti delta (se HBsAg pos)		
HBsAb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HBcAb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HBeAb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV-RNA (se HCV pos)		
Genotipo virale		
Specificare se tp eradicante		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMV IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV1 IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV2 IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VZV IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EBV IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sifilide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantoux/Quantiferon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARS-COV2 IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STATO VACCINALE:

ANTI HBV	DATA
I somministrazione	
II somministrazione	
III somministrazione	
IV somministrazione	
RESPONDER	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ANTI SARS-COV2	DATA
I somministrazione	
II somministrazione	
III somministrazione	
IV somministrazione	

EVENTUALI ALTRE VACCINAZIONI sec indicazione clinica (es anti-VZV)

ESAMI BIOUMORALI (gli esami devono essere eseguiti **entro i 6 mesi** precedenti l'invio)

Emocromo con formula

Elettroforesi sieroproteica

Coagulazione

Funzione epatica

Assetto lipidico

PTH, calcio, fosforo, fosfatasi alcalina

Pannello autoimmunitario (anti dsDNA, ANA, ENA, C3, C4, ANCA) se patologia immunologica (es vasculite, LES, etc)

ACCERTAMENTI/VISITE SPECIALISTICHE

<b>ESAME</b>	<b>DATA</b>	<b>ESITO</b>
ECG		
VISITA CARDIOLOGICA		
ECOCARDIOGRAMMA		
SCINTIGRAFIA MIOCARDICA/ECO STRESS (pz diabetico e/o età dialitica > 5 anni e/o indicazione clinica)		
CORONAROGRAFIA (se indicazione clinica)		
ECD TSA		
ECD vasi addominali (asse aorto-bisiliaco)		
ECD arti inferiori (venoso e arterioso)		
ECOGRAFIA collo (eventuale FNAB se indicazione clinica + ormoni tiroidei e assetto autoanticorpale) (eventuale scintigrafia collo, visita endocrinologica)		
RX TORACE		
PROVE FUNZIONALITA' RESPIRATORIA		
VISITA PNEUMOLOGICA (se alterazione funzionale/morfologica)		
TC TORACE/HRTC (se indicazione clinica)		
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		

EGDS (con ricerca HP + eventuale tp eradicante con verifica di efficacia, es Ag fecale)		
COLONSCOPIA (se > 50 anni, ADPKD, anamnesi dubbia diverticolite, familiarità K colon)		
TAC ADDOME COMPLETO (se ADPKD, pregresso Tx, anamnesi di peritonite > 3 episodi e/o Pseudomonas e/o infezione micotica)		
RICERCA SOF (3 campioni)		
PSA (free e free/tot)		
PAP TEST		
VISITA GINECOLOGICA		
MAMMOGRAFIA (se > 50 anni, >= 35 anni se familiarità per K mammario)/ECOGRAFIA MAMMARIA (se < 50 anni)		
URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE (in alternativa ECOGRAFIA PRE E POST MINZIONALE se diuresi > 500 ml/die)		
OPT + attestazione BONIFICA DENTARIA		
VISITA DERMATOLOGICA		
ANGIOTC ENCEFALO (se ADPKD)		

Eventuali altri accertamenti programmati dal Curante secondo specifica indicazione clinica

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO COMPILATORE \_\_\_\_\_

