

Dokumentenart: Formular
Geltungsbereich: Lebendnierenspende-Programm
Zielgruppen: Mitarbeitende Lebendnierenspende-ProgrammErlassen durch: T. Müller
Autoren: TPLZ, K. Hübel
Gültig ab: 30.03.2020

Ospedale universitario di Zurigo,
Clinica di nefrologia
Prof. Dr. med. Thomas Müller
Rämistrasse 100, 8091 Zurigo

Indagini preliminari per donatore vivente

1. Potenziale donatore / potenziale donatrice

Nome, cognome _____
Data di nascita _____
Strada _____
CAP, luogo _____
Numero di telefono (privato) _____
Numero di telefono (cellulare) _____
Numero di telefono (lavoro) _____
e-mail _____
Cassa malattia _____
Parentela rispetto al ricevente _____
Gruppo sanguigno del donatore _____

2. Ricevente

Nome, cognome _____
Gruppo sanguigno ricevente _____

3. Anamnesi personale generale del donatore (malattie preesistenti, interventi chirurgici)

Peso alla nascita del donatore: _____ kg Gravidanze/ Aborti: _____

4. Anamnesi renale

Nefropatie familiari	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Disturbi della minzione	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Anomalie delle urine	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Nefrolitiasi	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Cistiti / Pielonefriti	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Iperensione	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Antidolorifici cronici	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no

5. Anamnesi sistemica

Condizioni generali ridotte	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Dispnea	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Dolore al petto	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Claudicatio	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Disturbi gastrointestinale	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Medicamento	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Nicotina	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no
Allergie	<input type="checkbox"/> si	_____	<input type="checkbox"/> no

6. Sociale

Professione, abilità al lavoro _____
Situazione familiare, bambini _____

7. Stato

Condizioni generali: _____ Stato nutrizionale: _____ Statura: _____ cm Peso: _____ kg

BMI: _____ Circonferenza addominale: _____ cm

PA a sinistra, da seduto: _____ / _____ mmHg PA a destra, da seduto: _____ / _____ mmHg Polso: _____ / min

8. Anamnesi del sistema

Cardiovascolare

toni cardiaci normali nessun tono in più nessun soffio polsi normali

Reperti patologici: _____

Polmone

Eupnea percussione normale murmure vescicolare ubiquitario

Reperti patologici: _____

Addome

molle, indolente nessuna epatomegalia logge renali indolenti peristalsi normale

Reperti patologici: _____

Varia

nessun linfonodo palpabile Pelle senza anomalie Articolazioni senza reperti patologici

Reperti patologici: _____

9. Laboratorio

Ematologia:

Emoglobina _____

Leucociti _____

Trombociti _____

Chimica:

Sodio _____

Potassio _____

Creatinina _____

Urea _____

Glucosio **a digiuno** _____

HbA_{1c} _____

Trigliceridi _____

LDL _____

HDL _____

Esame delle urine:

Peso specifico _____

pH _____

Nitriti _____

Proteine _____

Glucosio _____

Chetoni _____

Albuminuria si no

Eritrociti _____

Leucociti _____

Sedimento _____

10. Ecografia renale / vescica obbligatorio:

	Rene destro		Rene sinistro	
Lunghezza e larghezza	_____	cm	_____	cm
Spessore parenchima	_____	cm	_____	cm
Struttura parenchima	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> non normale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> non normale
Lesioni focali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Cisti	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Bacinetto renale	<input type="checkbox"/> compatto	<input type="checkbox"/> dilatata	<input type="checkbox"/> compatto	<input type="checkbox"/> dilatata
Vescica	_____			
Commento	_____			

Investigatore: _____ Firma: _____ Data: _____

Inviare questo modulo insieme ai documenti del destinatario al seguente indirizzo:

Ospedale universitario di Zurigo, Coordinamento dei donatori viventi, OST-U-57,
Clinica per chirurgia viscerale e trapianti, Rämistrasse 100, CH-8091 Zurigo
Tel: +41-44-255 30 20, Fax:+41-44-255 40 20; Email:lebendspende@usz.ch