



Banca del Tessuto Muscoloscheletrico

Il Direttore: dott. Pier Maria Fornasari

SCHEDA DI FOLLOW UP E SEGNALAZIONI EVENTI / REAZIONI AVVERSE NEI RICEVENTI DI TESSUTO MUSCOLOSCHIELETRICO

OSPEDALE.....REPARTO.....

INDIRIZZO.....PROVINCIA.....

TELEFONO.....FAX.....e-mail.....

Modulo da inserire nella cartella clinica e da inviare alla BTM (ved. indirizzo e fax in intestazione) dopo l'intervento e in occasione delle visite di controllo del ricevente di tessuto, per segnalare l'eventuale insorgenza di eventi avversi rilevati nel follow up e verosimilmente imputabili all'innesto.

- Tipo tessuto
- Sigla donatore
- N° lotto
- N° riportato sull'etichetta della confezione
- Medico utilizzatore (timbro e firma)

RICEVENTE

Cognome.....

Nome.....

Data di nascita/...../.....

Reparto.....

INTERVENTO

Tipo.....

Data dell'intervento/...../.....

ESAME CULTURALE ALL'IMPIANTO

☐ non eseguito ☐ negativo ☐ positivo: microrganismo/i isolato/i:

EVENTI AVVERSI (eventi negativi imputabili all'innesto) immediati e/o rilevati a + 6/12 mesi di follow up:

- ☐ riassorbimento radiografico dell'innesto
- ☐ non attecchimento dell'innesto, persistenza del difetto
- ☐ fallimento meccanico, rottura dell'innesto
- ☐ infezione dell'innesto da (indicare germe isolato)
- ☐ altro (descrivere)

REAZIONI AVVERSE (risposte non volute nel ricevente imputabili al donatore) immediate e/o rilevate nel follow up:

- ☐ comparsa di malattia infettiva trasmissibile (indicare agente patogeno)
- ☐ danno biologico (descrivere)
- ☐ altro (descrivere)

NOTE

