



Banca del Tessuto Muscoloscheletrico

Il Direttore: dott. Pier Maria Fornasari

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

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	INTERVENTO
Cognome.....	Tipo.....
Nome.....	.....
Data di nascita ...../...../.....	.....
Reparto.....	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

