



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA - ROMAGNA**

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Banca del Tessuto Muscoloscheletrico

**Valutazione dei dati clinico-anamnestici e Attestazione dell'idoneità  
preliminare alla donazione di tessuto da donatore vivente**

**Paziente**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Intervento previsto:  Protesi primaria d'anca       Endoprotesi

**Indicazioni per l'attestazione preliminare di idoneità:**

Criterio	Idoneo
Demenza senile o incapacità di comprendere le domande del questionario	NO
Età inferiore a 15 anni o età superiore a 75 anni	NO
<b>Convulsioni – svenimenti</b>	
Epilessia insorta recentemente	NO
Convulsioni febbri in età infantile, lipotimie	SI
<b>Encefalite</b>	
Malattia di Creutzfeldt Jacob anche familiare	NO
<b>Parkinson</b>	
Accertato	NO
Tremori senili	SI
Presenza malattie croniche degenerative centrali ad eziologia sconosciuta (m. di Alzheimer, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, panencefalite acuta sclerosante, leucoencefalite multifocale progressiva)	NO
<b>Polmonite</b> nei 30 giorni precedenti	NO
<b>SARS</b> anche pregressa, o contatto con malati o soggiorno in aree epidemiche.	NO
<b>Diabete giovanile, insulino dipendente</b>	
<b>Epatite – itterizia</b>	
Epatite A pregressa	SI
Epatite A nei 6 mesi precedenti	NO
Epatite B guarita (ved. markers)	SI
Epatite B in atto, cronica (ved. markers)	NO
Epatite C	NO
<b>TBC</b>	
<b>Malaria</b>	
Guarita da meno di 3 anni	NO
Guarita da più di 3 anni	SI

Criterio	Idoneo
<b>Brucellosi</b>	
Guarita da meno di 2 anni	NO
Guarita da più di 2 anni	SI
<b>Artrite reumatoide, lupus, psoriasi</b>	NO
<b>Malattia autoimmuni, comprese le malattie del collagene, che possano pregiudicare la qualità dei tessuti da prelevare</b>	NO
<b>Perdita di peso</b>	
> 10 Kg / mese di n.d.d.	NO
per dieta	SI
<b>Trasfusioni omologhe (emocomponenti ed emoderivati)</b>	
Soggetti emofilici sottoposti ad infusione di fattori della coagulazione di origine umana	NO
Nei 6 mesi precedenti	NO
Pregressa	SI
<b>Emodialisi cronica</b>	NO
<b>Forature, tatuaggi, piercing, agopuntura</b>	
Presso laboratori o ambulatori specializzati (ago monouso)	SI
Eseguiti negli ultimi 12 mesi, se non eseguiti con materiale sterile, monouso	NO
Esposizione percutanea o attraverso ferite aperte o mucose a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV o HCV nei 12 mesi precedenti	NO
<b>Tumori</b>	
Benigni	SI
Neoplasia maligna in atto o precedente	NO
Massa polmonare di n.d.d. evidenziata con radiografia del torace	NO
Gammapatia monoclonale	NO
<b>Viaggi, provenienza e origine</b>	
Europa, America del Nord, Medioriente	SI
Soggiorno in REGNO UNITO (Gran Bretagna e Irlanda del Nord) Permanenza oltre 6 mesi cumulativi, dal 1980 (fino almeno il 1996) oppure soggetti sottoposti ad intervento chirurgico o trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna negli anni dal 1984 al 1996	NO
Estremo oriente, zone tropicali, Africa tropicale ed equatoriale, Centro America, Brasile, America tropicale ed equatoriale	
a) profilassi antimalarica negli ultimi 3 anni	NO
b) turismo sessuale	NO
c) viaggi o provenienza da zone di disastri ambientali	NO
d) provenienza o origine da zone ad alta prevalenza di HTLV-I e II	NO
e) provenienza o origine dei genitori o del partner sessuale da zone ad alta prevalenza di HTLV-I e II	NO
<b>Vaccinazioni</b>	
Tossoidi e virus uccisi: epatite B, tetano, difterite, pertosse, tifo e paratifo, poliomielite, influenza; colera e peste (ved. sopra per viaggi all'estero)	SI
Antirabbia nei 12 mesi precedenti	NO
Virus o batteri vivi attenuati: antipolio, morbillo, parotite, rosolia, epatite A, febbre gialla (vedi sopra per viaggi all'estero) nelle 4 settimane precedenti	NO
Immunoglobuline nei 3 mesi precedenti	NO
<b>Terapie con cortisone o altro</b>	
Antalgica episodica	SI
Antalgica > 6 mesi	NO
Per malattie autoimmuni	NO

Criterio	Idoneo
Storia di trattamenti immunosoppressivi, chemioterapia o terapia radiante	NO
<b>Ormoni ipofisari o innesti</b>	
Soggetti che hanno utilizzato ormoni di derivazione ipofisaria, o allotransplantato di dura madre o siano stati sottoposti ad interventi intracranici non specificati	NO
Sindrome di Reye	NO
Soggetti sottoposti a trapianto di organo, tessuti oculari o xenotransplantato	NO
<b>Sostanze stupefacenti</b>	
Droghes per os, cannabis, cocaina in età giovanile, episodio isolato, non negli ultimi 12 mesi	SI
Droghes per os in modo continuativo	NO
Eroina, droghes per via iniettiva	NO
<b>Alcolici</b>	
> 1,5 litri / die	NO
Cirrosi epatica etilica	NO
<b>Conviventi malati AIDS o epatite</b>	
Partners di soggetti con rischio di infezione da HIV, HBV o HCV, come precedentemente definito, negli ultimi 12 mesi	NO
Rischio di contagio (valutare le misure profilattiche adottate)	NO
<b>Comportamenti e stili di vita</b>	
Soggetti con comportamenti sessuali a rischio negli ultimi 12 mesi	NO
Soggetti che hanno trascorso un periodo di detenzione carceraria negli ultimi 12 mesi	NO
Malattie veneree diagnosticate o trattate negli ultimi 12 mesi	NO
Rapporti sessuali non protetti	NO
Malattie veneree (qualunque nei 6 mesi precedenti)	NO
<b>Esposizione a sostanze tossiche</b>	
Ingestione o esposizione a sostanza tossica che può essere trasmessa in dose nociva (p.es. cianuro, piombo, mercurio, oro)	NO

### Segnalazioni

- Presenza di noduli polmonari n.d.d., evidenziate da RX torace, che necessita di ulteriori indagini:  
 No  Si
- Presenza di mezzi di sintesi o rimossi in interventi pregressi:  
 No  Si
- Presenza di alterazioni del tessuto muscoloscheletrico prelevato quali necrosi, geodi, presenza di mezzi di sintesi ecc.:  
 No  Si
- Presenza di segni di infezione, patologie cutanee, altri segni di potenziale rischio:  
 No  Si

**Analizzati i criteri di idoneità il può essere candidato alla donazione:  Si  No**

***Responsabile dell'attestazione dell'idoneità preliminare***

Cognome e nome del professionista sanitario \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

***Da compilare al momento del ricovero se successivo di alcuni giorni rispetto alla raccolta dell'idoneità preliminare***

Al momento del ricovero effettivo, il paziente:

- non presenta variazioni clinico-anamnestiche o all'osservazione fisica
- presenta le seguenti variazioni clinico-anamnestiche o all'osservazione fisica:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Cognome e nome del professionista sanitario \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

***Parte riservata al medico della Banca del Tessuto Muscoloscheletrico***

Alla valutazione preliminare dei dati clinico-anamnestici raccolti e dell'osservazione fisica, il donatore risulta idoneo alla donazione dell'epifisi femorale:  Si  No

Data \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_