



ISTITUTO CLINICO  
SAN ROCCO

# PROTOCOLLO QUALITA'

**DIREZIONE SANITARIA**


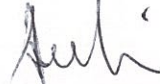
**PQ**


**DS**

**16**


## GESTIONE PRELIEVO ED ESPIANTO DI TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO

(BANCA REGIONALE TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO)

<i>Preparato da:</i>	<b>Sig.ra Casari Mirca</b> <b>Sig.ra Anna Bassi</b>	 	il 20/01/2016
----------------------	--	---	------------------

<i>Verificato da:</i>	Resp. Laboratorio Analisi <b>Dr. F. Kanso</b>		il 20/01/2016
-----------------------	---	---	------------------

<i>Approvato da:</i>	Direttore Sanitario <b>Dr. A. Cannistrà</b>		il 20/01/2016
----------------------	--	--	------------------

<i>Emesso da:</i>	Ufficio Qualità <b>Dr. A. Piccoli</b>		il 20/01/2016
-------------------	--	---	------------------

NR REVISIONE	MODIFICHE EFFETTUATE
04	Variazione dell'operatore incaricato dell'invio tramite fax (02/58296447) alla Banca dell'osso di Milano l'eventuale utilizzo o meno della testa femorale. Tenuta del registro degli impianti e espianati d'osso

N. 1 revisione	1	2	3	4	1
Data redazione	07/07/2009	05/05/2014	14/11/2014	20/01/2016	
Redattore	U.O. Ortopedia 1	DS	DS	DS	



ISTITUTO CLINICO  
SAN ROCCO

# PROTOCOLLO QUALITA'

**DIREZIONE SANITARIA**

**PQ**

**DS**

**16**

## INDICE:

**SCOPO E GENERALITA'**

**APPLICABILITA'**

**RESPONSABILITA'**

**DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'**

**CONSERVAZIONE**

**ALLEGATI**

N. 1 revisione	1	2	3	4	2
Data redazione	07/07/2009	05/05/2014	14/11/2014	20/01/2016	
Redattore	U.O. Ortopedia 1	DS	DS	DS	



ISTITUTO CLINICO  
SAN ROCCO

## PROTOCOLLO QUALITA'

**DIREZIONE SANITARIA**

PQ

DS

16

**SCOPO:** il presente protocollo operativo ha come scopo la corretta gestione dell'innesto e della donazione del tessuto muscolo scheletrico (testa del femore) durante il ricovero del paziente sottoposto a protesi di anca.

**APPLICABILITA':** si applica al paziente candidato all'innesto o alla donazione di osso, in tutti i casi in cui viene richiesto dal medico ortopedico che lo visita ambulatorialmente.

### RESPONSABILITA'

Sono responsabili:

- *Medici:* nell'identificazione del donatore o ricevente, compilazione della richiesta del tessuto, acquisizione del consenso informato per l'impianto ed espianto dell'osso, compilazione moduli di impianto ed espianto osso dopo l'atto chirurgico.
- *Personale di segreteria di reparto:* nella corretta compilazione del questionario "preliminare sui rischi infettivi" (M2-PQ-DS-16/M3-PQ-DS-16), preparazione della modulistica da allegare alla cartella di pre-ricovero (copia degli esami di laboratorio, questionario, etichetta identificativa del paziente), archiviazione dei questionari, invio ai reparti (Ortopedia I,II,IV, Medicina, Laboratorio analisi, blocco operatorio, sala gessi, ) dell'elenco pazienti programmati da espantare (M9-PQ-DS-16).
- *Infermiere di reparto:* nell'esecuzione tecnica del prelievo ematico nel post intervento; nell'etichettatura delle provette; nella conservazione e nell'invio della provetta raccolta al laboratorio analisi.
- *Coordinatore Infermieristico del reparto:* dell'archiviazione di tutti i moduli da conservare in cartella clinica.
- *Coordinatore Infermieristico del blocco operatorio:* dell'invio tramite fax (02/58296447) alla Banca dell'osso di Milano l'eventuale utilizzo della testa femorale se l'innesto non è avvenuto consegna del modulo M5-PQ DS-16 al Laboratorio Analisi.
- Invio al laboratorio della modulistica e del campione di tessuto per la donazione, invio al reparto della provetta sterile utile al prelievo ematico, ricezione del materiale da impiantare con modulistica allegata.
- *Laboratorio analisi:* conservazione del materiale sia da impiantare che espantato, conservazione del registro delle donazioni e degli impianti osso, se l'innesto non è stato eseguito è responsabilità del Laboratorio Analisi l'invio del fax alla banca dell'osso e all'archiviazione del modulo M5-PQ-DS-16 .
- richiesta di fornitura del materiale (provette sterili per l'espianto) alla banca dell'osso regionale, organizzazione del trasporto materiale biologico da e per la banca dell'osso se l'innesto
- *Direzione Sanitaria:* Informare tempestivamente tutto il personale coinvolto su eventuali comunicazioni ricevute da enti esterni competenti, per modifiche significative sulla gestione prelievo ed espianto di tessuto muscolo scheletrico.

N. 1 revisione	1	2	3	4	3
Data redazione	07/07/2009	05/05/2014	14/11/2014	20/01/2016	
Redattore	U.O. Ortopedia 1	DS	DS	DS	

## DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Il comportamento da tenere è il seguente:

Durante la prima visita di prenotazione intervento chirurgico, l'ortopedico stabilisce se il paziente necessita di impianto dell'osso.

Durante il pre-ricovero, l'ortopedico stabilisce se il paziente, da sottoporre a protesi di anca, è potenzialmente idoneo alla donazione.

Successivamente seguirà il seguente iter:

### 1. Paziente che necessita di impianto di tessuto muscolo scheletrico (Osso, tendini, menisco):

Stabilito dal medico ortopedico la necessità di impianto di osso da donatore, il medico richiedente compilerà e timbrerà in ogni sua parte il modulo di "richiesta di campione di tessuto muscolo scheletrico" (M11-PQ-DS-16 o M12-PQ-DS-16), inviandolo così alla Direzione sanitaria per la validazione.

Successivamente, il modulo verrà inviato dalla segretaria della direzione sanitaria, via fax, alla banca dell'osso di Milano (n. 02.58296447); la ricevuta di invio verrà conservata nella cartella del pre-ricovero o ricovero successivo mentre la copia verrà inviata al laboratorio analisi dell'Istituto Clinico San Rocco.

Il laboratorio analisi riceverà successivamente il materiale proveniente dalla banca dell'osso e utile all'impianto.

Il blocco operatorio ritirerà il tessuto solo il giorno dell'impianto sul paziente.

Il giorno del ricovero del paziente, l'ortopedico raccoglierà il consenso informato in forma scritta (M4-PQ-DS-16); l'osso verrà così impiantato durante l'intervento chirurgico. Dopo l'atto operatorio, l'ortopedico compilerà il modulo di "registrazione e utilizzo del tessuto muscolo scheletrico" (M5-PQ-DS-16) sia quando si impianta sia quando, per ragioni differenti, l'osso non viene impiantato. Questo modulo verrà conservato in cartella clinica.

Successivamente se l'osso viene utilizzato il caposala del B.O. invierà, via fax, alla Banca Osso di Milano (n. 02.58296447) il modulo di "registrazione e utilizzo del tessuto muscolo scheletrico" (M5-PQ-DS-16) mentre l'originale resterà in cartella clinica insieme alla ricevuta di invio fax. Nel caso in cui l'osso non venga utilizzato il modulo M5PQ-DS-16 compilato verrà inviato al Laboratorio Analisi che provvederà all'invio tramite fax alla Banca dell'Osso e all'archiviazione.

N. 1 revisione	1	2	3	4	4
Data redazione	07/07/2009	05/05/2014	14/11/2014	20/01/2016	
Redattore	U.O. Ortopedia 1	DS	DS	DS	



ISTITUTO CLINICO  
SAN ROCCO

## PROTOCOLLO QUALITA'

**DIREZIONE SANITARIA**

PQ

DS

16

### 2. Paziente, potenziale donatore di osso:

Stabilito l' idoneità alla donazione di osso, previa valutazione della radiografia e degli esami di laboratorio (virologici) del bacino durante il pre-ricovero, il paziente verrà sottoposto alla lettura del prospetto informativo (M1-PQ-DS-16).

Qualora il paziente non sia disponibile, si concluderà la prassi con l'archiviazione del modulo corredato di firma rinunciataria del paziente.

Qualora il paziente sia disponibile alla donazione, verrà sottoposto dall'ortopedico e dal personale addetto alla segreteria ad un questionario preliminare sui rischi infettivi e anamnesi (M2-PQ-DS-16/M3-PQ-DS-16), al fine di stabilire l' idoneità alla donazione.

Contestualmente verrà raccolto il consenso informato alla donazione dell'osso.

1. Se il potenziale donatore *risulta non idoneo* alla donazione, la pratica di donazione verrà interrotta e archiviata.
  2. Se il potenziale donatore *risulta idoneo* seguirà il seguente percorso:
    - verranno inseriti, dal personale di segreteria di reparto, nella cartella clinica, i seguenti documenti:
      - copia degli esami di laboratorio,
      - questionario (M2-PQ-DS16/M3-PQ-DS-16),
      - etichetta identificativa del paziente.
    - Il giorno del ricovero del paziente, l'osso verrà così espantato durante l'intervento chirurgico. Dopo l'atto operatorio verranno inviati dal blocco operatorio al laboratorio analisi:
      1. l'osso prelevato insieme ai tamponi e ai brodi per l'esame microbiologico
      2. documentazione precedentemente inserita nella cartella clinica (copia degli esami di laboratorio, questionario - M2-PQ-DS16/M3-PQ-DS-16, etichetta identificativa del paziente)
      3. moduli compilati dall'ortopedico dopo l'intervento chirurgico (M7-PQ-DS-16; M8-PQ-DS-16)
      4. modulo di controllo riepilogativo del materiale e consumi per il personale di sala (M10-PQ-DS-16)
    - Dopo 48 ore dall'intervento chirurgico, l'infermiere del reparto di ortopedia eseguirà il prelievo ematico e lo invierà al laboratorio analisi, accompagnato dal modulo "richiesta markers di malattie infettive" (M6-PQ-DS-16).
- Questo campione verrà inviato dal laboratorio analisi alla banca dell'osso di Milano.

N. 1 revisione	1	2	3	4	5
Data redazione	07/07/2009	05/05/2014	14/11/2014	20/01/2016	
Redattore	U.O. Ortopedia 1	DS	DS	DS	



ISTITUTO CLINICO  
SAN ROCCO

## PROTOCOLLO QUALITA'

**DIREZIONE SANITARIA**

**PQ**

**DS**

**16**

### CONSERVAZIONE

- Il tessuto muscolo scheletrico prelevato o da impiantare dovrà essere conservato ad una temperatura di meno 80° (cella freezer in laboratorio analisi).
- Entro le 48 ore il tessuto muscolo scheletrico con i tamponi e i brodi devono essere consegnati alla banca dell'osso.
- I tamponi verranno conservati a temperatura ambiente.
- I brodi verranno allocati nel termostato della sala di microbiologia e conservati per 48 ore massimo.
- Le provette di sangue verranno sierate nel laboratorio analisi e conservate nel freezer ad una temperatura di meno 80 gradi; verranno poi inviate alla banca dell'osso.

N. 1 revisione	1	2	3	4	6
Data redazione	07/07/2009	05/05/2014	14/11/2014	20/01/2016	
Redattore	U.O. Ortopedia 1	DS	DS	DS	

Gentile Signora, Egregio Signore,

l'intervento chirurgico a cui Lei sarà sottoposto prevede l'asportazione di una parte di tessuto muscolo-scheletrico, che non viene utilizzato per il suo intervento e quindi eliminato. Questo tessuto potrebbe invece essere molto utile ad altre persone sottoposte a particolari interventi di chirurgia ortopedica ricostruttiva in cui è necessario l'**innesto di tale tessuto**.

Le chiediamo di valutare la Sua disponibilità a consentire che il tessuto muscolo-scheletrico a Lei asportato e non più da Lei utilizzabile, sia raccolto e conservato presso la **Banca di tessuto muscolo-scheletrico** della Regione Lombardia.

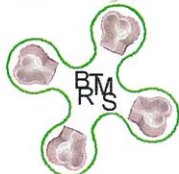
Dal momento che l'innesto di tessuto muscolo-scheletrico può trasmettere malattie al pari della trasfusione di sangue, i criteri di valutazione di idoneità per il donatore di tessuto muscolo-scheletrico sono gli stessi adottati per i donatori di sangue e pertanto devono essere esclusi coloro che sono affetti da alcune malattie e/o che sono incorsi in fattori di rischio per la trasmissione di malattie infettive, in particolare quelle che si contraggono attraverso il sangue e/o i rapporti sessuali.

Per tutelare la salute del ricevente dal rischio che il tessuto osseo innestato sia un veicolo di contagio con microrganismi responsabili di malattie infettive la preghiamo di leggere le informazioni di seguito riportate. Tali informazioni, essendo di carattere generale non sostituiscono il colloquio informativo con il medico che procederà all'anamnesi che è a sua disposizione per ogni eventuale richiesta di chiarimento.

L'innesto di tessuto osseo a pazienti che ne abbiano necessità può determinare oltre che un grande beneficio anche il contagio con i più svariati microrganismi: dai parassiti come il Plasmodio, responsabile della malaria, ai batteri come il treponema, responsabile della Sifilide, o tanti altri, responsabili di malattie come gastroenteriti, polmoniti, meningiti, ai virus come quelli responsabili di gravi patologie come le Epatiti, virus B e C dell'epatite, o l'AIDS, sindrome da deficienza acquisita, provocata dal virus HIV.

Una "regola generale" semplice descrive il possibile rischio di contagio con agenti possibili di infezione: qualunque oggetto esterno ( come gli oggetti taglienti, strumenti di lavoro etc..) oltrepassi la barriera costituita dalla pelle o dalle mucose dell'organismo costituisce un possibile veicolo di malattia infettiva.

La donazione di tessuto viene infatti sospesa se il donatore manifesta segni o sintomi anche banali di malattia infettiva, come stanchezza, malessere generale, febbre. Oppure se esiste il rischio, anche minimo di contagio con microrganismi responsabili di infezioni : sedute odontoiatriche recenti, viaggi in Paesi in cui sono diffuse malattie anche gravi dovute a precarie condizioni igieniche e/o trasmesse da



**QUESTIONARIO**  
**PRELIMINARE**  
**SUI RISCHI INFETTIVI**



Modulo

M2-PQ-DS-16

Denominazione Ospedale che esegue la procedura \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BARRARE LA RISPOSTA CHE INTERESSA

<b>A</b>	<b>Anamnesi sociale – <u>NEGLI ULTIMI 12 MESI</u> :</b>		
1	Ha vissuto con persone sieropositive per il virus dell'AIDS o affette da AIDS conclamata, o con epatite B, C ?	SI	NO
2	Ha subito una detenzione in carcere?	SI	NO
3	E' stato tatuato o ha praticato trucco semipermanente con materiale non monouso, non sterile ?	SI	NO
4	E' stato sottoposto ad agopuntura o foratura di parti del corpo (piercing) con materiale non monouso, non sterile ?	SI	NO
5	Si è punto volontariamente o accidentalmente venendo a contatto con il sangue di altre persone?	SI	NO
<b>B</b>	<b>Assunzione di droghe – <u>NEGLI ULTIMI 12 MESI</u> :</b>		
6	Ha assunto sostanze stupefacenti, droghe leggere (hascisc, marijuana) ?	SI	NO
7	Ha assunto droghe maggiori, quali eroina, cocaina, ecstasy ecc.? (per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa, inalatoria)	SI	NO
<b>C</b>	<b>Comportamento sessuale – <u>NEGLI ULTIMI 12 MESI</u> :</b>		
8	Attualmente ha <b>un unico</b> partner sessuale ?	SI	NO
	Negli ultimi dodici mesi ne ha avuti <b>più di UNO</b> ?	SI	NO
9	Ha avuto rapporti sessuali a rischio, cioè rapporti sessuali occasionali non protetti?	SI	NO
10	Ha avuto rapporti sessuali con persone positive ai test sierologici dell' epatite B o C, AIDS e sifilide ?	SI	NO
11	Ha avuto una malattia venerea diagnosticata o trattata?	SI	NO
12	Ha richiesto o prestato rapporti sessuali a pagamento o sotto l'effetto di droghe?	SI	NO

Note \_\_\_\_\_

Firma del donatore \_\_\_\_\_ Data della compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



OSPEDALE : \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

**CRITERI DI ESCLUSIONE :**

La risposta **affermativa** anche ad **una** sola domanda comporta  
**L'AUTOMATICA ESCLUSIONE DEL DONATORE**

1	Età del donatore superiore a 80 anni	SI	NO
2	E' mai stato affetto o è affetto da tumore maligno?	SI	NO
3	E' affetto da diabete insulino- dipendente ?	SI	NO
4	E' affetto da emofilia e sottoposto ad infusione di fattori della coagulazione di origine umana ?	SI	NO
5	E' affetto da sindrome di Reye, Down, Marfan, Noonan?	SI	NO
6	E' affetto da malattia ad etiologia sconosciuta ?	SI	NO
7	E' stato affetto da polmonite nei tre mesi precedenti la donazione?	SI	NO
8	Negli ultimi <b>due anni</b> è stato affetto da : Brucellosi Negli ultimi <b>tre anni</b> è stato affetto da : Malaria	SI SI	NO NO
9	E' mai stato affetto da mielodisplasia, policitemia vera, gammopatie monoclonali, leucemia, linfoma, mieloma multiplo, trombocitemia essenziale ?	SI	NO
10	E' mai stato affetto da malattie del sistema immunitario (es. LES, artrite reumatoide, psoriasi, malattie del connettivo )?	SI	NO
11	E' mai stato affetto da Tubercolosi?	SI	NO
12	E' mai stato affetto da SARS, o ha avuto contatto con malati o ha soggiornato in aree epidemiche?	SI	NO
13	E' mai stato affetto da sifilide, gonorrea, altre affezioni veneree dell'apparato genitale?	SI	NO
14	E' mai stato affetto da malattie neurologiche o psichiatriche quali : ( barrare l'eventuale scelta) encefalite, meningite, morbo di Parkinson, Alzheimer o altre forme di demenza, sclerosi multipla, epilessia, poliomielite ,sclerosi laterale amiotrofica, leucoencefalite multifocale progressiva, sindrome di Guillan -Barrè, panencefalite subacuta sclerosante, Corea, rabbia.	SI	NO
15	E' mai stato affetto o ha un familiare affetto da malattia di Creutzfeldt - Jakob o sua variante ?	SI	NO
16	Ha in atto sepsi ( batterica,virale,fungina,parassitaria) od infezioni locali del tessuto destinato alla donazione ?	SI	NO
17	Esiste storia, evidenza clinica o di laboratorio di infezioni in atto da HIV,HBV o HCV , ittero ad etiologia sconosciuta, o cirrosi epatica ?	SI	NO
18	Ha mai ricevuto un trapianto di organo o tessuto ( vasi, cute, valvole cardiache, osso, tendini, cornea, dura madre) ,o cellule o sottoposto a xenotrapianto (trapianto da animale)?	SI	NO
19	E' mai stato sottoposto a dialisi per insufficienza renale cronica?	SI	NO
20	Tra il 1980 e il 1996 è stato sottoposto ad intervento chirurgico ,trasfusione di sangue o emoderivati o ha soggiornato per un periodo superiore ai sei mesi in Gran Bretagna?	SI	NO

Denominazione Ospedale che esegue la procedura \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sulla base delle risposte al questionario e all'anamnesi e dell'esito degli esami ematochimici e strumentali e le visite specialistiche eseguiti in occasione dell'accertamento pre-operatorio in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, dichiaro che il soggetto è clinicamente \_\_\_\_\_ alla donazione di tessuto muscolo-scheletrico.

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

Firma del medico \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di aver compreso le informazioni del prospetto informativo, le domande contenute nel questionario e nell'anamnesi, sulle quali il

Dr. \_\_\_\_\_ mi ha correttamente ed esaurientemente informato.

Dichiaro di aver risposto in maniera veritiera, essendo consapevole che le informazioni fornite sul mio stato di salute e sui miei stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la sicurezza del ricevente del tessuto osseo donato, di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso.

Dichiaro che informerò immediatamente il Dr. \_\_\_\_\_ nel caso in cui insorgano patologie importanti a carico del mio stato di salute.

Dichiaro inoltre di aver compreso che la procedura di donazione non comporta alcun rischio per la mia salute.

Acconsento che il tessuto osseo che mi verrà asportato in occasione dell'intervento chirurgico sia conservato presso la Banca di tessuto muscolo-scheletrico della Regione Lombardia per essere utilizzato a scopo di innesto per altri pazienti.

Acconsento altresì ad essere sottoposto agli accertamenti previsti dalla Legge per la diagnosi di epatite B, epatite C, AIDS e sifilide.

Autorizzo il personale della Banca di tessuto muscolo-scheletrico al trattamento dei miei dati personali, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

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

Firma del Donatore

Firma e timbro del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



STRUTTURA UTILIZZATRICE: \_\_\_\_\_

ricevuto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

idoneità al ricevimento  si  noPaziente: \_\_\_\_\_ sesso  M  F Nato/a il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Tipo di intervento: \_\_\_\_\_ Urgenza  Elezione 

Data Impianto tessuto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TESSUTO:  INNESTATO  NON INNESTATO ELIMINATO:  SI  NO

Motivo eliminazione \_\_\_\_\_

Firma Prof./ Dott. \_\_\_\_\_

**COMPILARE****TABELLA REQUISITI**

	Insuff.	Suff.	Buono	Ottimo
Qualità del tessuto				
Confezionamento				
Tempi evasione richiesta				
Completezza moduli				
Comunicazione con la Banca TMS				

**REAZIONI AVVERSE**

- Nessuna  Correlati all'innesto  
 In fase operatoria  Non correlati all'innesto

Descrizione \_\_\_\_\_

Qualora in fase Post-operatoria, dovessero verificarsi complicanze dovute all'innesto, compilare il MOD 24 PSBO/01 relativo alle reazioni avverse gravi

**IN CASO DI RESTITUZIONE ALLA BANCA TMS**

Si dichiara che il tessuto è stato conservato a T \_\_\_\_ °C per un periodo di \_\_\_\_ ore/giorni, non subendo danneggiamenti quali scongelo o manomissione della confezione.

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

Firma responsabile restituzione \_\_\_\_\_

Compilare ed inviare a: Banca TMS - Istituto Ortopedico G.Pini- Milano Fax: 02 58296447 tel 025829643

**Parte da compilare a cura del personale della Banca TMS**

Tempo di rientro \_\_\_\_ ore

Stato congelamento  idoneo  non idoneo Integrità confezione  idoneo  non idoneoDecisione adottate: Scarto  si  no Idoneità al trapianto  si  no Firma \_\_\_\_\_



**RICHIESTA**  
**MARKERS MALATTIE INFETTIVE**

**2° prelievo**

Modulo



M6-PQ-DS-16

Si richiedono le tre provette in allegato del Sig. / ra. :

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Per le seguenti determinazioni di legge:

Anti HCV

HBsAg

Anti-HBs

Anti HBc Totali

Anti HBc IgM

HIV 1/2

TPHA

HIV (PCR)

HCV (PCR)

HBV (PCR)

2 PROVETTE DA SIERO (Tappo Rosso)

1 PROVETTA PER NAT (Tappo Bianco)

( nel periodo 01/07- 30/11 devono essere utilizzate 2 provette tappo bianco per test WNV )

**SI DICHIARA CHE NON ESISTONO LE CONDIZIONI DI EMODILUIZIONE DEL PAZIENTE**

Note:

Le provette devono essere consegnate in Banca TMS entro sette giorni dall'intervento o prima della dimissione del paziente.

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

Il Medico richiedente

Centro Prelievo Ospedale \_\_\_\_\_

**DONATORE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data del Prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ora del prelievo: \_\_\_:\_\_\_ Medico responsabile: \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**MATERIALE:**

- TRE FRAMMENTI OSSEI IN TRE BRODI DISTINTI  
 DUE TAMPONI (strisciati su tutta la superficie dell'osso)

Terapia Antibiotica in atto:  NO  SI \_\_\_\_\_

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI PER L'USO DEI MATERIALI PER ESAMI DI MICROBIOLOGIA**

La busta contiene nr. 4 provette:

A -PROVETTA contenente un terreno (gel bianco) di trasporto ridotto, predisposta per preservare la vitalità dei microrganismi anaerobi, facoltativi e aerobi. La provetta non è sterile all'esterno.

A1-DUE TAMPONI. I tamponi, dopo lo strisciamento, devono essere entrambi inseriti fino in fondo alla provetta A. Un tampone verrà successivamente seminato per la ricerca dei microrganismi aerobi e miceti, l'altro per la ricerca degli anaerobi.

B- PROVETTA contenente un brodo Sabouraud, (bollino GIALLO) terreno liquido destinato alla coltura e alla subcoltura di miceti e muffe.

C- PROVETTA contenente un brodo Schaedler (bollino AZZURRO) particolarmente idoneo alla crescita dei microrganismi anaerobi.

D- PROVETTA contenente un brodo Cuore-Cervello (Brain Heart Infusion) (bollino VERDE) particolarmente adatto alla crescita di microrganismi aerobi esigenti.

Le provette B, C, D : si trovano in una confezione sterile. Al momento dell'uso devono essere aperte una alla volta e appena messo il campione osseo sul fondo della provetta, vanno immediatamente richiuse per evitare contaminazioni. Devono essere mantenute in posizione verticale.

Tutto il materiale (le tre provette con brodi e la provetta con i tamponi) deve essere portato il prima possibile al laboratorio. Se questo non fosse possibile, conservare i tamponi a temperatura ambiente ed i brodi in termostato a 35- 37 ° C (per un massimo di 72h).

**SPAZIO RISERVATO AL LABORATORIO**

DATA e ORA della CONSEGNA al laboratorio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ h: \_\_\_:\_\_\_

**MATERIALE INVIATO:**

Accettato  Non accettato Tipo di non conformità \_\_\_\_\_

Firma di chi accetta il materiale: \_\_\_\_\_

DATA e ORA della PROCESSAZIONE del materiale biologico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ h: \_\_\_:\_\_\_



Centro Prelievo: \_\_\_\_\_

**Donatore:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Tipo intervento \_\_\_\_\_

Tipologia tessuto Prelevato	<input type="checkbox"/> Testa Femore Allogena	<input type="checkbox"/> Teca Cranica Autologa
	<input type="checkbox"/> Altro _____	

Il campione di tessuto osseo sopra descritto, i cui dati identificativi sono stati da me verificati, è stato prelevato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Firma del chirurgo prelevatore

\_\_\_\_\_

Il tessuto dopo il prelievo è stato accettato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_ e conservato in:

**frigorifero** a T compresa tra 2- 6°C . (Invio in Banca entro 12 ore dal prelievo)

**congelatore** a T di - 80°C.

dal Sig./ Dott. \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Invio alla Banca Regionale TMS in Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B. Il tessuto deve essere consegnato in Banca entro 3 ore dall'invio.

*Parte da compilare a cura della Banca Regionale TMS*

Data e ora ricevimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ h \_\_\_\_:\_\_\_\_

Integrità contenitore Idoneo  Non Idoneo Confezionamento Idoneo  Non Idoneo Stato di refrigerazione Idoneo  Non Idoneo Identificazione Campione Idoneo  Non Idoneo Compilazione modulo raccolta Idoneo  Non Idoneo Congruenza dati (etichetta barattolo e moduli di accompagnamento) Idoneo  Non Idoneo 

Note:

Peso: \_\_\_\_\_ grammi

 ACCETTATO NON ACCETTATO ACCETTATO CON RISERVA

firma \_\_\_\_\_



ISTITUTO CLINICO  
SAN ROCCO

ESPIANTI MESE DI \_\_\_\_\_

DATA	COGNOME E NOME	ESEGUITO ESPIANTO	MOTIVAZIONE



ISTITUTO CLINICO  
SAN ROCCO

M10-PQ-DS-16

Blocco op. "A"

Data.....

Paziente
Cognome
Nome
Data di nascita
Reparto

- N° 1 contenitore con testa femorale da porre nel congelatore a  $-80^{\circ}C$  (terzo cassetto partendo dall'alto).
- N° 3 brodi contenenti i frustoli da porre in termostato a  $+35^{\circ}C$  (non agitare ne risospendere ma tenerli in posizione verticale nell'apposito stativo).
- N° 1 flacone con inserito i due tamponi da porre a temperatura ambiente nella scatola sulla cassetta della documentazione a fianco al congelatore  $-80^{\circ}C$ .
- N° 1 cartelletta contenente l'anamnesi del paziente donatore da porre nell'apposito cartolario.
- N° 1 modulo per raccolta tessuto (testa femore)
- N° 1 modulo per esami microbiologici (per brodi e tamponi)

Firma del compilatore

---



STRUTTURA RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_ Data    /    /   

PAZIENTE:

<b>Etichetta</b>
Nome: _____
Cognome: _____
Data di nascita: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>

Affetto/a da: \_\_\_\_\_

Candidato/a ad intervento di \_\_\_\_\_

il    /    /    Presso il reparto di \_\_\_\_\_

SCORTA  SOLO PER TESSUTO LIOFILIZZATO

**TESSUTO CRIOCONSERVATO:**

<input type="checkbox"/> TESTA FEMORE: n° <u>  </u> GRANDE(> 100gr) n° <u>  </u> MEDIA(>70gr<100gr) n° <u>  </u> PICCOLA(< 70gr) <input type="checkbox"/> CONDILI FEMORALI: n° <u>  </u> <input type="checkbox"/> CRESTA ILIACA: n° <u>  </u> cm <u>  </u> x cm <u>  </u> <input type="checkbox"/> SPONGIOSA MORCELLIZZATA: n° <u>  </u> 50 gr    n° <u>  </u> 30 gr    n° <u>  </u> 20 gr    n° <u>  </u> 10 gr    n° <u>  </u> 6 gr <input type="checkbox"/> Stecca Corticale di: Femore n° <u>  </u> Tibia n° <u>  </u> Perone n° <u>  </u> cm <u>  </u> <input type="checkbox"/> TECA CRANICA AUTOLOGA : Depositata il <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<input type="checkbox"/> FEMORE: n° <u>  </u> <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> TIBIA: Intera n° <u>  </u> Pross. n° <u>  </u> Distale n° <u>  </u> Articolare n° <u>  </u> <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> PERONE: n° <u>  </u> <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> OMIERO: n° <u>  </u> <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	---

**TESSUTO LIOFILIZZATO:**

<input type="checkbox"/> CHIPS DI SPONGIOSA : n° <u>  </u> 30 cc    n° <u>  </u> 15 cc    n° <u>  </u> 10cc    n° <u>  </u> 5 cc    n° <u>  </u> 2 cc <input type="checkbox"/> CHIPS DI CORTICOSPONGIOSA : n° <u>  </u> 30 cc    n° <u>  </u> 15 cc    n° <u>  </u> 10cc    n° <u>  </u> 5 cc    n° <u>  </u> 2 cc	<input type="checkbox"/> STECCA: n° <u>  </u> cm <u>  </u> <input type="checkbox"/> PASTE DBM: n° <u>  </u> 1 cc    n° <u>  </u> 2.5 cc    n° <u>  </u> 5cc    n° <u>  </u> 10 cc <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	--

DATA DEL RITIRO TESSUTO    /    /       BANCA TMS: fax 0258296447 tel. 0258296437

MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Timbro e firma della Direzione Sanitaria

Timbro e firma del Medico

La fattura dovrà essere inviata a Ragione Sociale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Partita IVA / CF \_\_\_\_\_

**Spazio Riservato Alla BANCA TMS**

Tipologia tessuto _____	n° _____	Codice Tessuto _____	Importo Totale _____
Tipologia tessuto _____	n° _____	Codice Tessuto _____	Importo Totale _____
Tipologia tessuto _____	n° _____	Codice Tessuto _____	Importo Totale _____

STRUTTURA RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PAZIENTE:

Etichetta

Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
Es. di pratica: \_\_\_\_\_

Affetto/a da: \_\_\_\_\_

Candidato/a ad intervento di \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Presso il reparto di \_\_\_\_\_

In caso di **Ricostruzione LCA** specificare:  Prima Ricostruzione  Revisione

In caso di **Prima Ricostruzione LCA** motivare la richiesta: \_\_\_\_\_

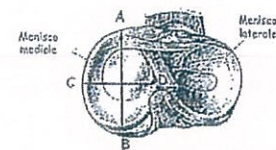
**TESSUTO CRIOCONSERVATO:**

- App. Estensore  DX  SX n° \_\_\_
- Achilleo n° \_\_\_
- Tibiale Anteriore n° \_\_\_
- Tibiale Posteriore n° \_\_\_
- Peroneo n° \_\_\_
- Gracile n° \_\_\_
- Semitendine n° \_\_\_
- Estensore alluce n° \_\_\_
- Fascia Lata n° \_\_\_

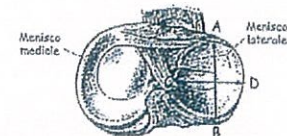
Altro: \_\_\_\_\_

**Menisco con piatto tibiale**

MEDIALE  DX  SX AB cm \_\_\_ DC cm \_\_\_



LATERALE  DX  SX AB cm \_\_\_ DC cm \_\_\_



Si consiglia di rilevare la misura mediante R.M.N.

DATA DEL RITIRO TESSUTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BANCA TMS: fax 0258296447 tel. 0258296437

MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Timbro e firma della Direzione Sanitaria

Timbro e firma del Medico

La fattura dovrà essere inviata a Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

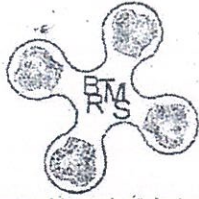
Partita IVA / CF \_\_\_\_\_

**Spazio Riservato Alla BANCA TMS**

Tipologia tessuto \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Tessuto \_\_\_\_\_ Importo Totale \_\_\_\_\_

Tipologia tessuto \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Tessuto \_\_\_\_\_ Importo Totale \_\_\_\_\_

Tipologia tessuto \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Tessuto \_\_\_\_\_ Importo Totale \_\_\_\_\_



**CONSENSO INFORMATO ALL'INNESTO-  
TRAPIANTO DI TESSUTO MUSCOLO  
SCHELETRICO ALLOGENICO**

Modulo



Denominazione dell'Ospedale che esegue la procedura \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Candidato/a ad intervento di \_\_\_\_\_

**Dichiaro**

Di essere stato informato dal Dr. \_\_\_\_\_

- che per l'intervento a cui sono candidato potrà rendersi necessario l'utilizzo di innesto/trapianto di tessuto muscolo scheletrico allogenico fornito dalla Banca di Tessuto Muscolo - Scheletrico della Regione Lombardia;
- che tale innesto/trapianto, per questo tipo di intervento chirurgico, costituisce la soluzione terapeutica attualmente migliore e che non sono presenti alternative;
- che il tessuto proveniente da donatore (vivente o cadavere), a tutela del ricevente, è stato sottoposto a tutti i controlli previsti dalle legge per escludere eventuali malattie trasmissibili con il tessuto;
- che il tessuto donato è stato sottoposto a controlli e procedure atte a garantirne la sicurezza e la qualità;
- in virtù dei controlli eseguiti sul tessuto e delle misure precauzionali che verranno adottate durante l'intervento chirurgico, i rischi per la mia salute (inclusa la trasmissione di malattie infettive quali epatiti e immunodeficienza acquisita) sono trascurabili. Attualmente i rischi di infezione per le malattie trasmissibili con i tessuti sono i seguenti: HCV  $1,1 \times 10^6$  ; HBV  $3 \times 10^6$  ; HIV  $1,2 \times 10^6$

Dichiaro di aver compreso quanto mi è stato illustrato e

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

ad essere sottoposto ad innesto/trapianto di tessuto muscolo scheletrico ed alla conservazione ( solo nel caso di riceventi tendini) presso la Banca Regionale di un campione del mio siero prelevatomi prima dell'intervento.

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

Firma del Ricevente \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico \_\_\_\_\_