

IL TRAPIANTO DI RENE: PASSIONE, PRATICA E CURA:

CREARE UN PERCORSO CONDIVISO



**LE FASI CHE CONDUCONO IL PAZIENTE
ALL' OTTENIMENTO DELL' IDONEITA'
AL TRAPIANTO**

Mariateresa Negri





No dialisi

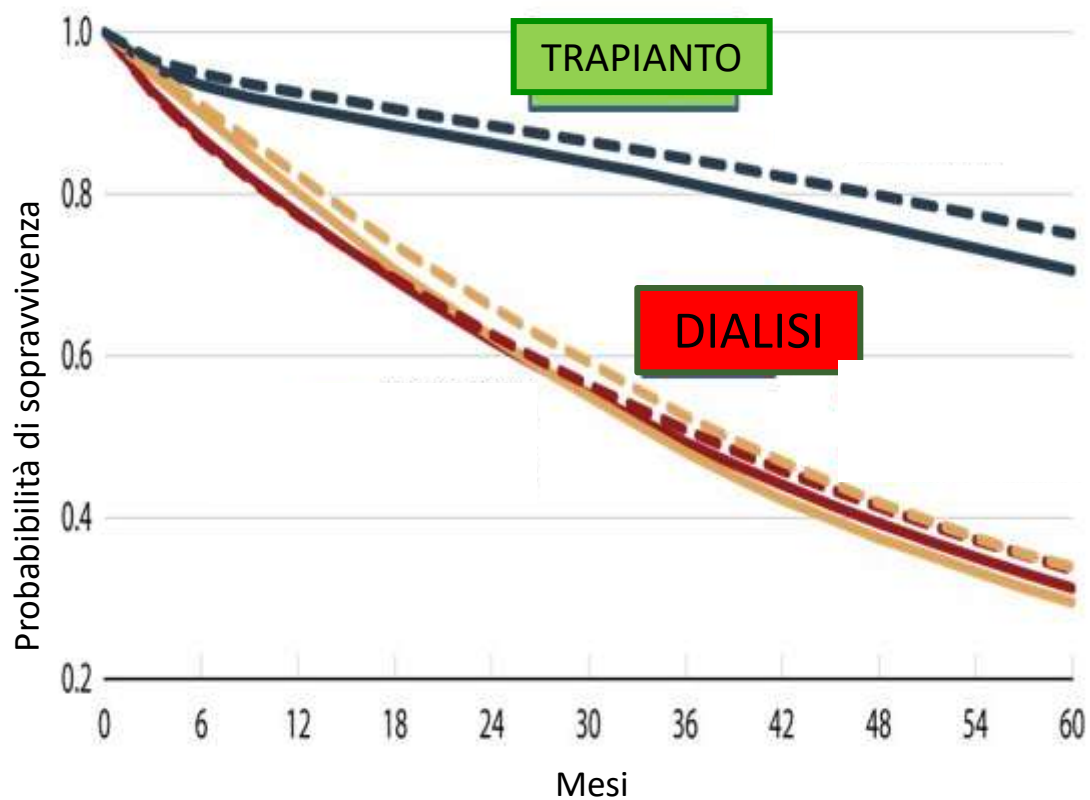


**Maggior tempo per
Famiglia e svago**



Benessere

IL TRAPIANTO MIGLIORA LA VITA



Data from USRDS 2009

Programma di trapianto *pre-emptive* NITp

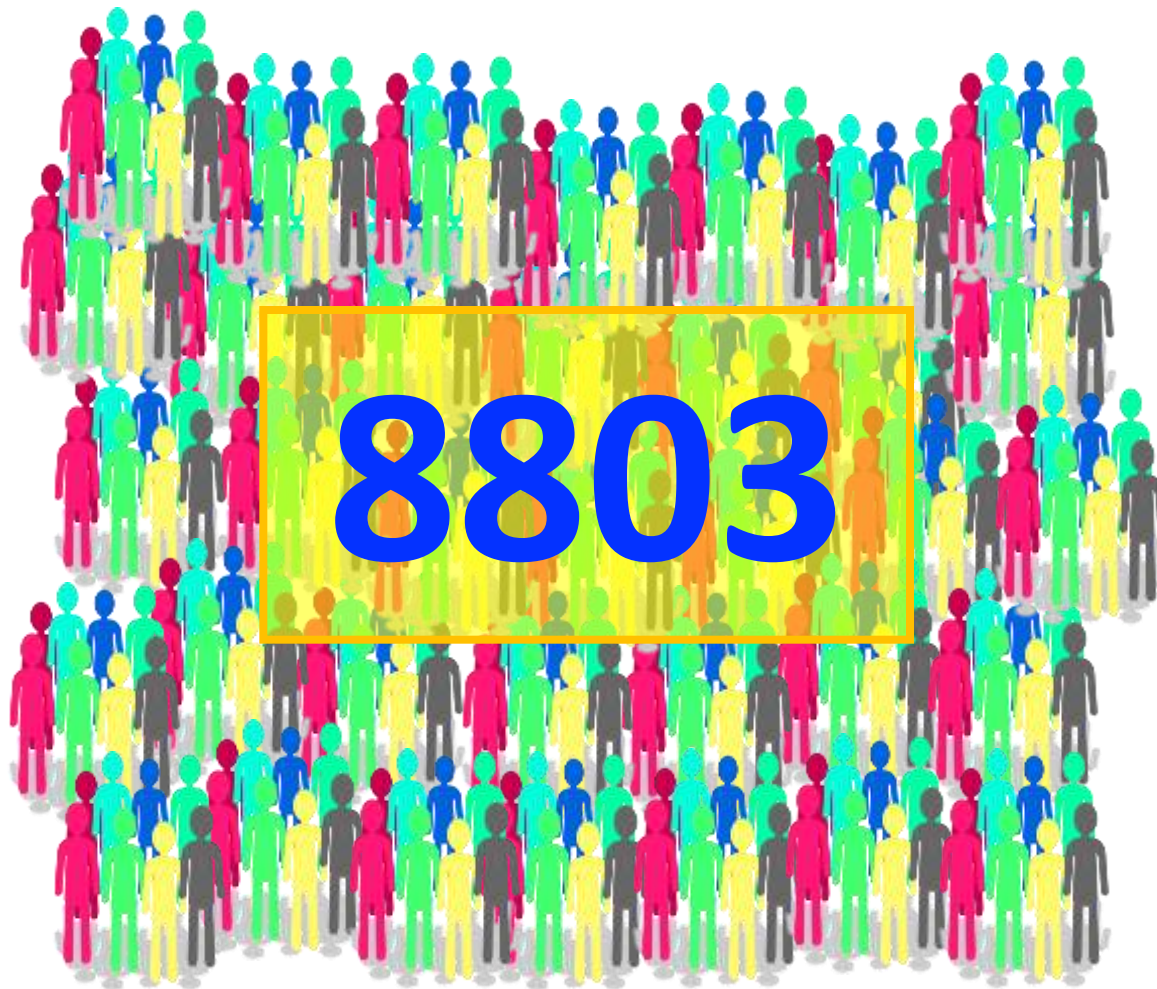
**È PREVISTA L'ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA PER
TRAPIANTO DA DONATORE CADAVERE**

Ai pazienti che non hanno ancora iniziato la dialisi quando la funzione renale giunge allo stadio V della scala CKD, cioè:

**QUANDO IL FILTRATO GLOMERULARE È STIMATO
ESSERE
PARI O INFERIORE A 15 ML/MINUTO**



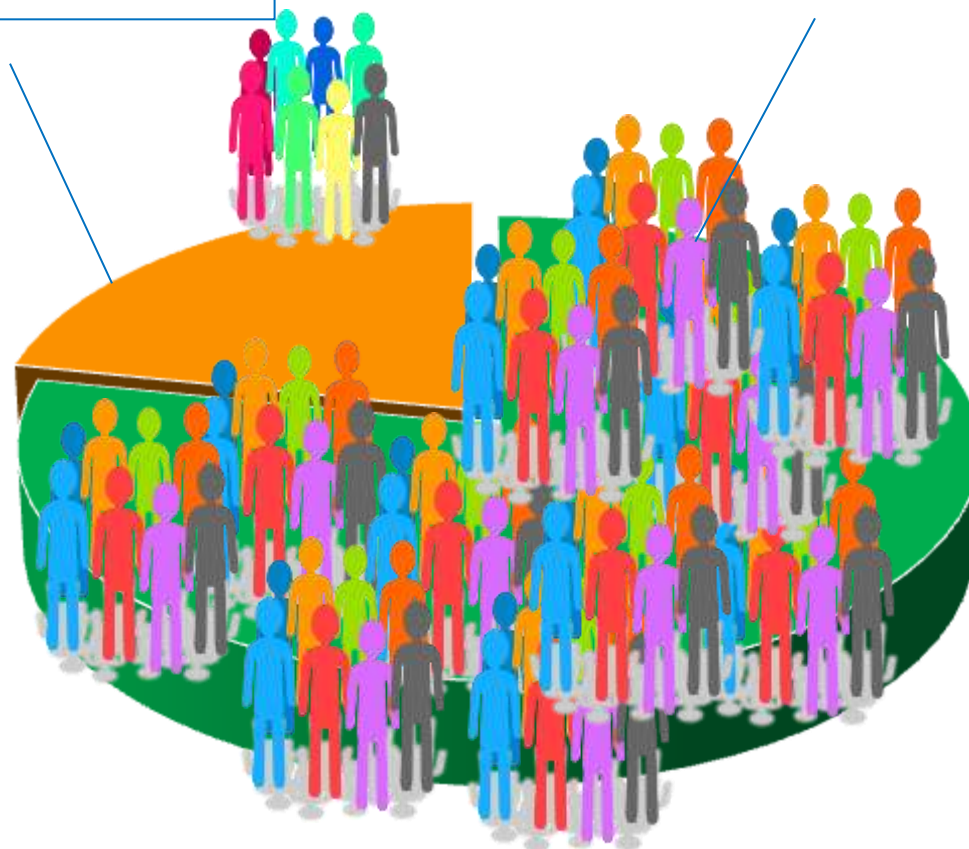
PAZIENTI IN LAT NEL 2015



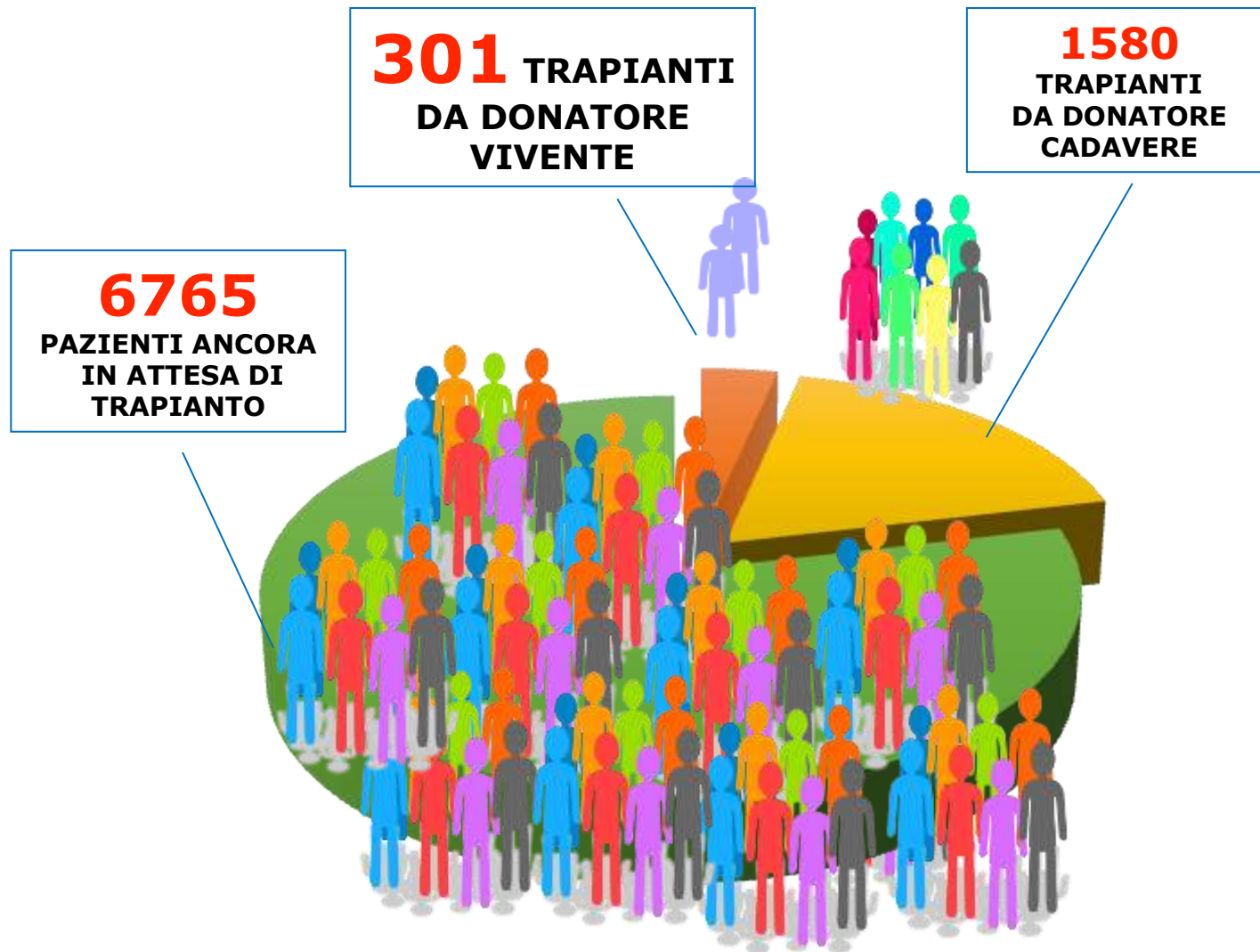
ANNO 2015...

1881 PAZIENTI
TRAPIANTATI

6765 PAZIENTI
ANCORA
IN ATTESA DI
TRAPIANTO



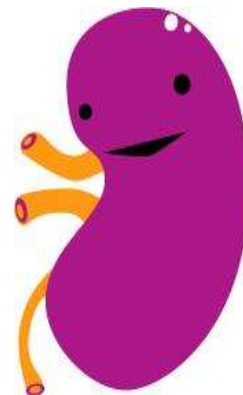
FLUSSI DI LISTA ANNO 2015





ANNO 2000
APERTURA CENTRO TRAPIANTI

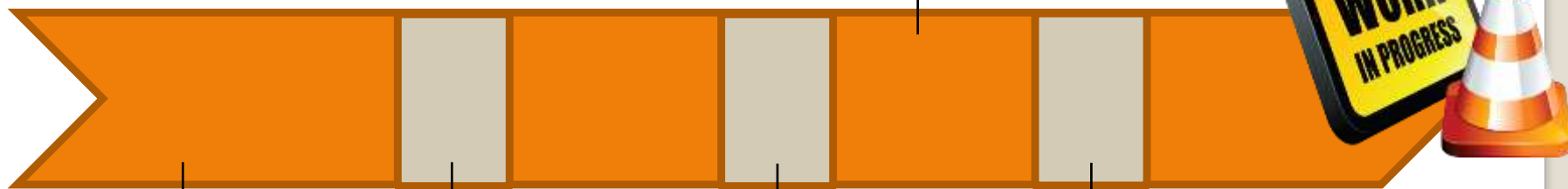
484 TX EFFETTUATI



AVVIO
TRAPIANTO DA
DONATORE
VIVENTE
ANNO 2009

PRIMA
DONAZIONE
SAMARITANA IN
ITALIA
ANNO 2015

TRAPIANTO
DOPPIO RENE



ANNO 2000
APERTURA
CENTRO
TRAPIANTI

ANNO 2008
AVVIO
PROGRAMMA
DCD

ANNO 2013
AVVIO
PROGRAMMA
IPERIMMUNI

ANNO 2017
IMMUNOADSORBIMEN
TO



CENTRO INTERREGIONALE DI RIFERIMENTO

Dati per il trapianto di rene

ISCRIZIONE IN LISTA DI ATTESA

(Parte riservata al centro dati di provenienza)

Codice fiscale	(Inviare copia)	Codice Paziente	(Parte riservata al RTG)
Cognome (*)	Nome	Sesso	UM UF
Nato/a	Prov	Età	
Comune di Residenza		CAP	
Via		Tel.	
Altra reperibilità		TW	

(* allegare copia documento d'identità)

Gruppi sanguigni ABO _____ Rh _____ (allegare copia)

Meo sottoscritto/a _____

(Cognome e Nome)

è stato adeguatamente informato e autorizza il Centro Dati a intervenire i dati contenuti in questa cartella al Centro Interregionale di Riferimento del RTG per l'iscrizione in lista d'attesa per il trapianto di rene. Accordo alla comunicazione dei miei dati personali e al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196 del 30.06.2003.

Centro di Provenienza _____

Centro Trapianto scelti: 1 _____

2 _____

Data ____/____/____

Firma del paziente o del Tutore _____

Sett. Dipartimento di Medicina Regenerativa U.O. di Immunologia dei Trapianti di Organi e Tessuti
Fondazione I.R.C.C. Ca' Granda Ospedale Maggiore Pavia - Via F. Sforza 35 - 27102 Pavia
Telefono: 02 5603.4015-4006-4011-4003-4234-4237 Cellulare del Reparto: 335.8004.230
Telefono: 02 5601.2073 (h 24, 7/7) - 02 5603.4090 (lun-ven. dalle 8.00 alle 17.00)

e-mail: rtg@ircg.it website: <http://www.rtg.org>

ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI NATURA PUBBLICA I.R.C. CA' GRANDA
Via Francesco Sforza, 35 - 27100 Pavia - Telefono 0382 41111 - Fax 0382 411111

Codice Fiscale e Part. IVA 0113101016



ANAMNESI

(Parte riservata al Centro Dati di provenienza)

ANAMNESI IMMUNOLOGICA

Vaccinazioni recenti (ultimi anni) quali _____

Diabete nei diabetici NO SI et. ____ data dell'ultimo ____/____/____

Traffettori NO SI et. ____ data dell'ultimo ____/____/____

Precedenti trapianti NO SI et. ____ data dell'ultimo ____/____/____ luogo _____ (allegare ICA di trapianto)

Episodi NO SI et. ____ data dell'ultimo ____/____/____

Nota _____

ESAME OBIETTIVO

Peso medio _____ (kg) Statura _____ (cm) Pressione Arteriosa _____ / _____ (mmHg)

Temperatura _____

ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI NATURA PUBBLICA I.R.C. CA' GRANDA
Via Francesco Sforza, 35 - 27102 Pavia - Telefono 0382 41111 - Fax 0382 411111

Codice Fiscale e Part. IVA 0113101016



DATI EMATOCHIMICI E STRUMENTALI RECENTI

- SOFT	URL	HbA1c (%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Colesterolo	mg/dl	
- SDPT	URL	HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trigliceridi	mg/dl	
- Bilirubina	mg/dl	HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Creatinina	mg/dl	
- Funct test alkaline	URL	HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Fosforata	mg/dl	
- Ematocrito	%	HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Proteinaemia	g/l	
- Emoglobina	g/dl	HbV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Proteinaemia	g/dl	
- Plasme	>1000/microl	HCVAb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Albumina	%	
- Linociti	>1000/microl	HCV RNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Alfa 1	%	
- Tempo di coagulazione	min	Serologia LUC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Alfa 2	%	
- PSA (ml/dl) az		anti - CMV IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Beta	%	
		anti - Toxo IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Gamma globuline	%	
		Anti - Toxo IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Urea/creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Anti EBV IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- IgG1		
		Anti EBV IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- IgG2		
		Anti VZV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- IgG3		
		(?) Se positivo:			- IgM		
		HBV - DNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- IgA		
		HbSAb IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- IgE		
		Anti Cells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- IgM		

Re trache	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	Data	.. / .. / ..
Re addome	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI		.. / .. / ..
Catografia del seno transverso	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI		.. / .. / ..
Vista aerea torace	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI		.. / .. / ..

Mammografia (> 40 aa)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Ecografia addome	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Valutazione ecodoppler	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Ec. arterie renali	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Visita urologica	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Colonscopia (diurna HP)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
ECG	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Test da sforzo massimo (età > 40 aa)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Ec. cardiografia max cardio al diaphragma	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Coronarografia (no IFA, angiost)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Coppia di angiografia addo - ilare (età > 40 aa)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Ecografia prostatica transrettale (età > 40 aa)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Clisma spacco (età > 40 aa) e	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	.. / .. / ..
Cateterismo					
Altri accertamenti					

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

Giudizio clinico sulle condizioni del paziente in data .. / .. / ..

Ottimo Buono Sufficiente

Data .. / .. / .. Firma del medico compilatore



Valutazione nefro-chirurgica (Parte riservata ai Centri Trapianti)

I° Centro Trapianto

VALUTAZIONE NEFROLOGICA

Giudizio clinico: IDONEO NON IDONEO TEMPORANEAMENTE NON IDONEO DEFINITIVAMENTE

Note: indicare il motivo dell'eventuale idoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

VALUTAZIONE CHIRURGICA

Giudizio clinico: IDONEO NON IDONEO TEMPORANEAMENTE NON IDONEO DEFINITIVAMENTE

Note: indicare il motivo dell'eventuale idoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

Il paziente è iscritto per il trapianto da: CADAVERE PRELIEVI VIVENTE DOPIO RENE CUORE FERMO COMBINATO

Ha sottoscritto il consenso informato ai PROTOCOLLI NAZIONALI: HbA1c + HCV + RISCHIO CALCOLATO MENINGITE / BATTEREMIA

Data .. / .. / .. Firma del Paziente

Firma del nefrologo

Firma del chirurgo

II° Centro Trapianto

VALUTAZIONE NEFROLOGICA

Giudizio clinico: IDONEO NON IDONEO TEMPORANEAMENTE NON IDONEO DEFINITIVAMENTE

Note: indicare il motivo dell'eventuale idoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

VALUTAZIONE CHIRURGICA

Giudizio clinico: IDONEO NON IDONEO TEMPORANEAMENTE NON IDONEO DEFINITIVAMENTE

Note: indicare il motivo dell'eventuale idoneità, ulteriori accertamenti diagnostici o terapie per la riammissione in lista di attesa o da eseguire durante l'attesa.

Il paziente è iscritto per il trapianto da: CADAVERE PRELIEVI VIVENTE DOPIO RENE CUORE FERMO COMBINATO

Ha sottoscritto il consenso informato ai PROTOCOLLI NAZIONALI: HbA1c + HCV + RISCHIO CALCOLATO MENINGITE / BATTEREMIA

RISCHIO INFETTIVO NON VALUTABILE RISCHIO NEOPLASTICO ALTRO

Data .. / .. / .. Firma del Paziente

Firma del nefrologo

Firma del chirurgo

Tempistica studio coppia o ricevente



DIVERSI MESI

STUDIO DELLA COPPIA
OPPURE
DEL SOLO RICEVENTE



Canali preferenziali

STUDIO DELLA COPPIA

OPPURE

DEL SOLO RICEVENTE



5 Giorni!!!!!!



TEAM DEDICATO

INFERMIERE ESPERTO

**ELABORAZIONE DI PERCORSI
DIAGNOSTICI SPECIFICI**

INFORMAZIONE DEL PAZIENTE

TEAM DEDICATO



**VALUTA IL PAZIENTE E LE SUE ESIGENZE E INSIEME
SI STABILISCE IL PERCORSO DA INTRAPRENDERE**

INFERMIERE ESPERTO

**E' IL PROFESSIONISTA CHE OPERA IN AMBITO
NEFROLOGICO E CHE HA ESPERIENZA E/O RICEVUTO
UNA FORMAZIONE SPECIFICA**



**E' LA FIGURA PROFESSIONALE
PIU' VICINA AL PAZIENTE**

INFERMIERE ESPERTO



Il paziente ha una tempistica di relazione maggiore con l'Infermiere dove risulta importante l'ascolto attivo

CREAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI SPECIFICI

- **Laboratoristica generale e infettivologica: tempestiva determinazione e comunicazione dei risultati ottenuti sul materiale inviato**
- **Consulenza cardiologica: nella stessa seduta lo specialista esegue ECG, ecocardio e visita con rilascio di idoneità al trapianto (non controindicazione clinica)**
- **Consulenza radiologica: in un'unica giornata si effettuano tutte le indagini radiologiche (ecografia addome, collo, ECD TSA, grossi vasi addominali, arterie iliaco-femorali, ECD venoso e arterioso arti inferiori, rx torace, OPT rx ossa) se necessario si programma anche TC o AngioTC addome e/o encefalo**

CREAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI SPECIFICI

- **Programmazione di EGDS e colonscopia: si possono eseguire nella stessa giornata, la scelta viene rimandata al paziente**
- **Consulenza odontoiatrica con rilascio di certificato d'idoneità' o programmazione di eventuale intervento di bonifica**
- **Consulenza psicologica**
- **Altre consulenze se necessario**

INFORMAZIONE



Il paziente

**E' IL PRINCIPALE ATTORE, QUINDI UN BUON RISULTATO
E' STRETTAMENTE LEGATO ALLA SUA COLLABORAZIONE**

ATTIVA

INFORMAZIONE



**Trasmissione,
Scambio di notizie**

**INFORMAZIONE CHE
DIVENTA EDUCAZIONE
TERAPEUTICA**



**Trasmissione e scambio
di notizie sulla salute**



Registrazione e rendicontazione



- UTILIZZO DEI PROGRAMMI INFORMATICI AZIENDALI:**
- **BOOK: PRENOTAZIONE INFORMATIZZATA E RILEVAMENTO PRESTAZIONI E TEMPI DI ATTESA**
 - **TICKET: REGISTRAZIONE IMPEGNATIVE, RENDICONTAZIONE INFORMATIZZATA DELLE PRESTAZIONI IN TEMPO REALE. REFERTAZIONE DIRETTA SU SISS.**

Cartella ~~In~~fermieristica



**Diario Infermieristico
Inserito nella documentazione
Medica**

Obiettivi finali

CARTELLA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DONATORE VIVENTE

COGNOME _____ NOME _____
C.F. _____ SESSO _____
NATO/A _____ PROV. _____ IL _____
DOMICILIATO A _____ PROV. _____ C.A.P. _____
VIA _____ N° _____ TEL. _____
ALTRA REFERIBILITA' _____
NEFROLOGIA _____
E-MAIL NEFROLOGIA _____
TEL. _____ ALTRA REFERIBILITA' _____
ATTIVITA' LAVORATIVA _____ TEL. _____

Stato civile	professione	titolo di studio
<input type="checkbox"/> Nubile-celibe	_____	<input type="checkbox"/> licenza elementare
<input type="checkbox"/> Coniugato-a		<input type="checkbox"/> licenza media
<input type="checkbox"/> Separato-a		<input type="checkbox"/> diploma
<input type="checkbox"/> Divorziato-a		<input type="checkbox"/> laurea
<input type="checkbox"/> Vedovo-a		

Data di accettazione _____

Provenienza _____

MEDICO CURANTE Dr. _____ Tel. _____

LINGUA PARLATA _____

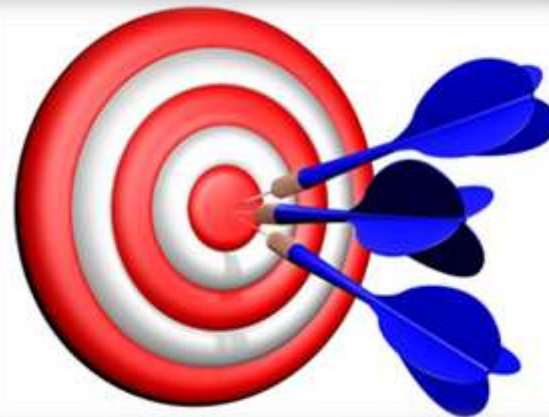
HOBBIES _____

USANZE E COSTUMI _____

ANAMNESI SANITARIE _____

ESPERIENZE SANITARIE PASSATE _____

ALLERGIE _____

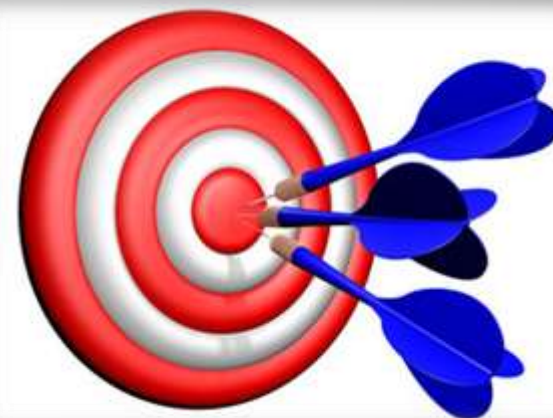


Cartella Infermieristica riconosciuta

Obiettivo finali

**Creazione di un percorso
standardizzato
Centralizzato CUP**

**Attraverso delle Ceck list
di prenotazione
Pre-codificate**





***Grazie
per
l'attenzione***