

<b>Unidade solicitante</b>			
<b>Centro transplantador de preferência</b>			
<b>Nome completo</b>			
<b>Nome social</b>			
<b>Nome da mãe</b>		<b>Peso atual (em kg)</b>	
<b>Telefone 01</b>	( )	<b>Data de nascimento</b>	___/___/___
<b>Telefone 02</b>	( )	<b>Sexo</b>	( ) F ( ) M
<b>E-mail</b>			
<b>Município</b>		<b>Gênero</b>	
<b>Endereço</b>			

( ) PRIMEIRA CONSULTA EM CENTRO TRANSPLANTADOR ( ) TRANSFERÊNCIA DE CENTRO TRANSPLANTADOR  
(obrigatória carta de próprio punho)

<b>1- SITUAÇÕES ESPECIAIS (anexar exames comprobatórios)</b>		
Doença pulmonar obstrutiva crônica classe III NYHA	( ) Sim	( ) Não
Fibrose pulmonar primária ou secundária classe III NYHA	( ) Sim	( ) Não
Bronquiectasias classe III NYHA	( ) Sim	( ) Não
Hipertensão pulmonar classe III NYHA	( ) Sim	( ) Não
Fibrose cística	( ) Sim	( ) Não

<b>2- SITUAÇÕES CLÍNICAS</b>		
Limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso	( ) Sim	( ) Não
Volume expiratório forçado em um segundo (VEF1) menor que 500 ml (menor ou igual a 25% do predito após broncodilatador)	( ) Sim	( ) Não
Capacidade pulmonar total (CPT) ou capacidade vital forçada (CVF), menor que ou igual a 60% do predito	( ) Sim	( ) Não
Declínio rápido do VEF1	( ) Sim	( ) Não

<b>2.1 - Hipertensão pulmonar secundária, principalmente se:</b>		
Pressão de artéria pulmonar média maior ou igual a 55mmHg;	( ) Sim	( ) Não
Pressão de átrio direito média maior ou igual a 15 mmHg;	( ) Sim	( ) Não
Índice cardíaco menor de 2 L/min/m <sup>2</sup> ;	( ) Sim	( ) Não
Ausência de resposta a vasodilatador	( ) Sim	( ) Não
Hipoxemia (PO <sub>2</sub> <60), hipercapnia e perda de peso com dieta adequada	( ) Sim	( ) Não
Contraindicação para cirurgia redutora;	( ) Sim	( ) Não
Deficiência de alfa 1 antitripsina;	( ) Sim	( ) Não
Infecções de repetição ou por cepas bacterianas multirresistentes, hemoptise, pneumotórax.	( ) Sim	( ) Não

<b>3 - EXAMES LABORATORIAIS</b>		
Nota: Anexar os exames obrigatórios recentes (todos devem ser dosados na mesma amostra de sangue)		

Resultado do exame espirometria e gravidade	Data

<b>4 - PACIENTE POSSUI INDICAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE OUTRO ÓRGÃO?</b>	( ) Sim	( ) Não
<b>Se sim, qual?</b>		

Assinatura: \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Carimbo