

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

TRANSPLANTE DE: () Rim () Rim-Pâncreas () Pâncreas		
() PRIMEIRA CONSULTA EM CENTRO TRANSPLANTADOR () TRANSFERÊNCIA DE CENTRO TRANSPLANTADOR (obrigatória carta de próprio punho)		
1 - CAUSA DA DOENÇA RENAL		
2 - PACIENTE REALIZA DIÁLISE. Caso sim, responder abaixo:	() Sim - Início: ___/___/___	() Não
Paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 1	() Sim	() Não
Paciente realiza diálise peritoneal:	() Sim	() Não
Paciente realiza hemodiálise:	() Sim	() Não
Se realiza hemodiálise, quais são os dias das sessões:	() SQS ¹	() TQS ²
Se realiza hemodiálise, conforme disponibilidade de vaga, pode ser agendada consulta no dia da sessão?	() Sim	() Não
3 - PACIENTE REALIZA TRATAMENTO CONSERVADOR Caso sim, responder abaixo:	() Sim	() Não
Creatinina com intervalo de pelo menos 30 dias (<i>anexar exames comprobatórios</i>)	CREATININA 1:	CREATININA 2:
4 - PACIENTE CANDIDATO A RETRANSPLANTE. Caso sim, qual foi o centro do primeiro transplante?	() Sim	() Não
5 - PACIENTE POSSUI INDICAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE OUTRO ÓRGÃO? Se sim, qual?	() Sim	() Não

Nota: ¹SQS: segunda-feira, quarta-feira, sexta-feira; ²TQS: terça-feira, quinta-feira, sábado.

Assinatura _____

CRM _____

Data ___/___/___

Carimbo