

**Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Subsecretaria de Assistência à Saúde (SUASA)
Diretoria de Média e Alta Complexidade (DMAC)
Gerência de Regulação do Acesso Ambulatorial (GERAM)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO**

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		Gênero	
Endereço			

<input type="checkbox"/> PRIMEIRA CONSULTA EM CENTRO TRANSPLANTADOR			<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DE CENTRO TRANSPLANTADOR (obrigatória carta de próprio punho)		
1- PATOLOGIA DE BASE:					
2- SITUAÇÕES ESPECIAIS (anexar exames comprobatórios)					
Tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário retirado e sem doença extra-hepática detectável	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Hepatocarcinoma maior ou igual a 2cm e sem indicação de ressecção:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Adenomatose múltipla irressecável bilobar extensa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Hemangiomatose, doença policística ou hemangioma gigante irressecável com síndrome compartimental	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Hepatoblastoma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Polineuropatia amiloidótica familiar graus I e II	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Síndrome hepatopulmonar – PaO2 menor que 60 mm/Hg em ar ambiente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Disfunção hepática em doenças metabólicas (fibrose cística, glicogenose I e IV, defeito de oxidação de ácidos graxos, d.relacionadas ao ciclo da uréia, acidemia orgânica, oxalose primária, d.de Crigler-Najjar, hemocromatose neonatal, infantil e juvenil, tirosinemia I, hipercolesterolemia familiar, d.do xarope de bordo na urina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
3- EXAMES LABORATORIAIS OBRIGATÓRIOS RECENTES (anexar - todos devem ser dosados na mesma amostra de sangue)					
Exame laboratorial	Resultado em mg/dl		Data		
Creatinina sérica					
RNI					
Bilirrubina total					
Sódio sérico					
Albumina (se menor de 12 anos)					
Realiza diálise: () SIM () NÃO					
MELD/PELD:					
4- EM CASO DE ETILISMO, TEMPO DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (meses):				Resposta: _____	
5 - PACIENTE POSSUI INDICAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE OUTRO ÓRGÃO? Se sim, qual?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Assinatura _____

CRM _____

Data ____/____/____



Carimbo