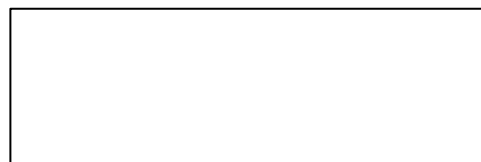


Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Subsecretaria de Assistência à Saúde (SUASA)
Diretoria de Média e Alta Complexidade (DMAC)
Gerência de Regulação do Acesso Ambulatorial (GERAM)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPLANTE CARDÍACO

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			

() PRIMEIRA CONSULTA EM CENTRO TRANSPLANTADOR () TRANSFERÊNCIA DE CENTRO TRANSPLANTADOR (obrigatória carta de próprio punho)			
1- SITUAÇÕES ESPECIAIS (anexar exames comprobatórios)			
Insuficiência cardíaca NYHA III ou IV:	() Sim	() Não	
Arritmia maligna:	() Sim	() Não	
Alto risco de morte em 1 (um) ano:	() Sim	() Não	
2 - DIAGNÓSTICO DE INDICAÇÃO			
3 - BREVE RESUMO CLÍNICO (incluindo tratamentos já realizados)			
4 - RESULTADO DO ECOCARDIOGRAMA (obrigatório anexo do laudo do ecocardiódoppler)			
5 - PACIENTE POSSUI INDICAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE OUTRO ÓRGÃO?		() Sim	() Não
Se sim, qual?			

Assinatura _____
CRM _____
Data ____/____/____



Carimbo