

Para encaminhamento de pacientes oriundos da assistência municipal ou regional para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de fígado, o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por hepatocarcinoma, comprovando os itens abaixo:

#### Dados do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 CNS: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Regional de Saúde: \_\_\_\_\_

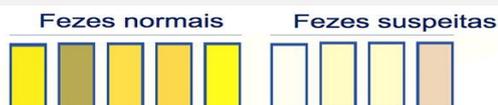
### 1 - Referência

História clínica resumida com queixa principal, data do início dos sintomas, sintomas relacionados, tratamentos prévios, história familiar e cirurgias prévias:

#### 2. AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO HEPATOPATIA CRÔNICA/CIRROSE

Sim Não Não há dados

A. Alteração da cor das fezes – Alerta amarelo			
B. Presença de icterícia (à custa de bilirrubina direta)			
B. Presença de hipoalbuminemia			
C. Alteração do RNI ( $\geq 1,5$ )			
D. Histórico de sangramento digestivo por Varizes de esôfago ou estômago.			
E. Presença de Hepato e/ou Esplenomegalia			



**OBS: O preenchimento de um único item do quadro 2, já indica necessidade de encaminhamento ao Centro Especializado. Dados de laboratório e imagem, anexar apenas os que o paciente já possui.**

#### 3. DADOS LABORATORIAIS E DE IMAGEM

Tipagem sanguínea(Rh e grupo sanguíneo),	Colesterol e triglicerídeos
Hemograma com plaquetas	Glicemia
Coagulograma (TAP, KTTT, TT, RNI)	Sódio,potássio,cálcio,cálcioionizado
TGO,TGP,FA,GGT,bilirrubinas	Uréia, Creatinina
Proteínas totais e frações	US Abdominal

### 2 - Contra Referência

**Conduta pelo Centro Transplantador:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

De posse destes registros, a **CENTRAL DE REGULAÇÃO** disponibiliza ao serviço básico ou especializado de saúde, municipal ou regional, a consulta do paciente solicitante no Centro Transplantador.

Serviço de origem: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura Médico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.