

RGCT: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Serviço/Hospital: \_\_\_\_\_

Equipe: \_\_\_\_\_

**CRITÉRIOS URGENCIA CONFORME A PORTARIA Nº. 2600 DE 21 DE OUTUBRO 2009**

- Anepático por trauma:**  
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor;
- Anepático por não funcionamento primário:**  
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor;
- Insuficiência Hepática Fulminante:**  
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o enquadramento nos critérios de O'Grady/King's College Hospital ou de Clichy/Hospital Beaujon;
- Retransplante Pós-Tx Cadáver - Não funcionamento primário:**  
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor, notificado à CNCDO até o 7º (sétimo) dia, inclusive, após o transplante;
- Retransplante Pós-Tx Cadáver - Trombose de artéria hepática:**  
- exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada), prévio à solicitação de priorização ou relatório transoperatório firmado e certificado por membro de equipe especializada autorizada nos termos deste Regulamento para transplante hepático.
- Retransplante Pós-Tx Vivo - Não funcionamento primário:**  
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor, notificado à CNCDO até o 7º (sétimo) dia, inclusive, após o transplante;
- Retransplante Pós-Tx Vivo - Trombose de artéria hepática:**  
- exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada), prévio à solicitação de priorização ou relatório transoperatório firmado e certificado por membro de equipe especializada autorizada nos termos deste Regulamento para transplante hepático.

**OUTRAS INFORMAÇÕES:** \_\_\_\_\_

**OBS:** pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
local Data

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Médico e Carimbo**