

Para encaminhamento de pacientes oriundos da assistência municipal ou regional para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores, o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença

Dados do Paciente:

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

1 - Referência

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, COM ALGUMAS DAS SITUAÇÕES ABAIXO

TIPO

	SIM	NÃO
Está realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;		
Acessos para diálise;		
Apresenta depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m ² ;		
Idade inferior a 18 anos e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m ² ;		
É diabético em tratamento conservador e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m ² .		

AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL:

Causa da insuficiência renal:

	SIM	NÃO	DIAGNÓSTICO	DATA
Doença cardíaca pré-existente				
Histórico de Câncer				
EXAMES COMPLEMENTARES	SIM	NÃO	RESULTADO	DATA
2. Exames de detecção de CA (atenção básica):				
Mamografia (protocolo m.s.)				
Papanicolau (protocolo m.s.)				
PSA (homens >40anos c/ fator de risco ou > 50 anos)				

Exames	Resultado	Sorologias	Resultado	MEDICAMENTOS EM USO
Dosagem de sódio		HIV		
Dosagem de potássio		HTLV I e II		
Creatinina		HbsAg		
Ureia		Anti-Hbc		
ABO e RH		Anti-Hbs		
		Anti-HCV		
Hemograma				
Glicemia				

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 terapia renal substitutiva _____ Cidade: _____ Estado: _____

Serviço de origem: _____ Cidade: _____ Estado: _____

_____ Data: ____/____/____.

Carimbo e Assinatura Médico