

**Ofício Circular nº 028/2014 CET-PR**

Curitiba, 03 de junho de 2014.

Prezado (a) Senhor (a)  
**Responsável Técnico de Equipe de Transplante Hepático**

Cumprimento-o atentiosamente, tendo em vista a dificuldade de analisar os casos de pedido de situação especial para pacientes com diagnóstico de prurido intratável, ficou acordado na última reunião da Câmara Técnica Nacional de Fígado, realizada dia 14/05/2014 em São Paulo, que a partir de agora as equipes deverão encaminhar:

- ✓ Formulário padrão para prurido intratável (em anexo);
- ✓ Formulário score da qualidade de vida (em anexo);
- ✓ Parecer de um psicólogo ou psiquiatra;
- ✓ Foto (identificada) em JPG, de frente e de costa, mostrando a área afetada, tendo cuidado para não mostrar o rosto e nem as partes íntimas do paciente.

Colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos e renovamos votos de elevada estima e apreço.

Atenciosamente,



**Dr<sup>a</sup>. Arlene Terezinha Cagol Garcia Badoch**  
CRM 9706

Coordenadora das Políticas Estaduais de Transplantes e da  
Central Estadual de Transplantes do Paraná



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES  
SAF Sul, Trecho II, Bloco F, Edifício Premium, 1º andar, sala 104  
CEP 70.070-600 – Brasília/DF [snt@saude.gov.br](mailto:snt@saude.gov.br)

## Formulário para inclusão em Situação Especial - Prurido intratável

Nome:	RGCT	
Idade:		
Sexo:	Cor:	ABO:
Serviço de Transplante Hepático:		

1) Causa da doença hepática:

2) Data da solicitação da inclusão como situação especial: Data: \_\_\_\_\_

3) Carcinoma hepatocelular ou outras neoplasias malignas foram excluídas?  Sim  Não

4) Exames de Laboratório (até 30 dias)

BT (  ) INR (  ) Creatinina (  ) Sódio sérico (  ) Data: \_\_\_\_\_

5) Paciente candidato(a) a:  Transplante  Retransplante Data do transplante anterior: \_\_\_\_\_

6) Desnutrição (indicar critério de avaliação utilizado)?  Sim  Não

Critério: \_\_\_\_\_

7) Desordens do sono?  Sim  Não

8) Obstrução biliar:

Sim Local da obstrução: \_\_\_\_\_

Não Justifique a causa do prurido: \_\_\_\_\_

9) Tratamento endoscópico

Sim Qual procedimento? \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Não

10) Tratamento radiológico

Sim Qual procedimento? \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Não

11) Tratamento cirúrgico?

Sim Qual procedimento? \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Não

12) Tratamentos medicamentosos?

Ácido ursodesoxicólico Data de início: \_\_\_\_\_ Data de suspensão: \_\_\_\_\_

Colestiramina Data de início: \_\_\_\_\_ Data de suspensão: \_\_\_\_\_

Rifampicina Data de início: \_\_\_\_\_ Data de suspensão: \_\_\_\_\_

Sertralina Data de início: \_\_\_\_\_ Data de suspensão: \_\_\_\_\_

Naltrexona Data de início: \_\_\_\_\_ Data de suspensão: \_\_\_\_\_

13) Diálise com albumina/plasmaferese?  Sim  Não

ENVIAR RELATÓRIO DETALHADO DO CASO, COM DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS (RESUMOS DE INTERNAÇÃO, LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAS E DE IMAGEM, ETC.)

Responsável pelas informações: Dr.....CRM .....



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES  
SAF Sul, trecho II, bloco F, Edifício Premium, 1º andar, sala 104  
CEP 70.070-600 – Brasília/DF [snt@saude.gov.br](mailto:snt@saude.gov.br)

## Escore da qualidade de vida na dermatologia – Prurido intratável

Nome:

Idade:

Sexo:

Cor:

Serviço de Transplante Hepático:

Na semana que passou:

1) Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

2) Você sentiu-se constrangido ou inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

3) Sua pele tem afetado suas amizades?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

4) Você mudou a maneira de se vestir por causa de sua pele?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

5) Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

6) Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

7) a) Era período escolar ou laboral? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares ou laborais?

Me impediu de ir à escola ou trabalho ( )

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

OU

7) b) Era período de férias? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

9) Você teve problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

10) Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

11) Seu tratamento dermatológico foi problemático?

Muitíssimo ( )

Muito ( )

Pouco ( )

Não ( )

Responsável pelas informações: