



IMPOSSIBILIDADE TOTAL DE ACESSO PARA DIÁLISE

RIM

RIM/PANCREAS



RGCT: _____

Nome do paciente: _____

Centro de Diálise: _____

1. Descrição sumária do caso clínico: _____

2. Número de vias de acesso realizadas até o momento:

2.1 Catéter de duplo lumem: SD _____ SE _____

2.2 Catéter Permcath SD _____ SE _____

2.3 Fístula Clássica: BD _____ BE _____ AD _____ AE _____

2.4 Enxertos Biológicos: BD _____ BE _____ AD _____ AE _____

2.5 Trombose vascular torácica SIM NÃO

3. Já fez DPI SIM NÃO

3.1 Caso já tenha feito, teve peritonite: SIM NAO

3.2 Caso não tenha feito por que razão ? _____

1. Como está sendo dialisado hoje ?

Médico responsável pelo preenchimento do formulário:

Nome do Médico _____ CRM _____

_____ Assinatura do Médico _____ local _____ mês _____ ano _____

Abreviações:

SD	Subclávia direita	BD	Braço direito	AD	Antebraço direito
SE	Subclávia esquerda	BE	Braço esquerdo	AE	Antebraço esquerdo

Nota: Este formulário deve acompanhar a ficha de priorização do paciente

SISTEMA CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANA

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3232-5740 – Fax: (41) 3232-4384

www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br