

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 CARDÍACA DE ETIOLOGIA:**

Isquêmica	
Chagásica	
Etílica	
Hipertensiva	
Idiopática	
Outras	

**AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO ALGUMA DAS SITUAÇÕES ABAIXO:**

Dispneia aos pequenos esforços apesar de medicação para ICC (Anexo I) otimizada	
Sinais de fadiga, baixo débito ao esforço	
Edema de MMII e /ou ascite refratária ao tratamento	
Angina refratária ao tratamento e sem possibilidade de tratamento invasivo ou cirurgia	
Taquicardia ventricular refratária	

**TIPO DE EXAME DE IMAGEM UTILIZADO**

ECOGRAFIA	
Outros	

**RESULTADOS DO EXAME DE IMAGEM:**

A) FEVE < ou = 35%	
B) Dilatação de VE	
C) Dilatação de VD	
D) PSAP > 40 mm hg	

**OUTROS EXAMES:**

ECG de repouso	
RX de tórax (PA e perfil)	
Cateterismo cardíaco para estudo de coronárias (se possível)	
Ecografia abdominal (se possível)	

**TIPO DE EXAMES LABORATORIAIS:**

Hemograma	Ureia	
Sódio	Creatinina	
Potássio	TGO	
Colesterol Total	TGP	
HDL	TSH	
Triglicerídeos		
Sorologia para Sífilis		
Sorologia para Chagas (IgG e IgM)		
Sorologia para HIV		

**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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_