

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: _____

Data: ____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura Médico