

Para encaminhamento de pacientes oriundos da assistência municipal ou regional para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de fígado, o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por hepatocarcinoma, comprovando os itens abaixo:

Dados do Paciente:

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____

Nome da mãe: _____

RG: _____ CPF: _____

CNS: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Regional de Saúde: _____

1 - Referência

1. AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO HEPATOPATIA CRÔNICA/CIRROSE

	Sim	Não	Não há dados
A. Histórico de ascite.			
B. Histórico de encefalopatia hepática			
C. Histórico de sangramento digestivo por varizes de esôfago ou estômago.			
D. Nódulo hepático suspeito de tumor hepático (Hepatocarcinoma).			
E. Dados para cálculo MELD score			
Creatinina (mg/dL):		RNI:	
Bilirrubinas totais (mg/dL):		Sódio:	

2. EXAMES COMPLEMENTARES:

Resultado

A. Ecografia de abdome	
B. RNM abdome	
C. TAC abdome	

3. OUTRAS SITUAÇÕES:

A. Cirrose por HCV com risco de descompensação durante o tratamento anti-viral (avaliação pré-tratamento):	
B. Doença hepática crônica complicada por prurido intratável:	
C. Outro	

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: ____/____/____.