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

Ascite Refratária

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

1) Causa da doença hepática:

2) **Data da solicitação da inclusão como situação especial:**

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

4) Exames de Laboratório (até 30 dias):
Valor de sódio urinário: ( ) Data: _____
BT ( ) INR ( ) Creatinina ( ) Sódio sérico ( ) Data: _____

5) Dose máxima de diuréticos utilizada e tempo de uso:
Espironolactona: _____ Furosemida:_____

6) Dose atual de diuréticos utilizada e tempo de uso:
Espironolactona:_____ Furosemida:_____

7) Houve piora da função renal associada ao uso de diuréticos? [ ] Sim [ ] Não
Creatinina antes ( ) Creatina após estas doses ( )

8) Anote se houve algum dos itens abaixo:
PBE ( ) Número de vezes: _____
Hidrotórax ( ) Número de vezes:_____
TIPS ( ) Número de vezes:_____
Encefalopatia ( ) Número de vezes:_____

9) Episódios de paracenteses nos últimos três meses:
Data:_____ volume: _____ml internação: [ ] Sim [ ] Não
Data:_____ volume: _____ml internação: [ ] Sim [ ] Não
Data:_____ volume: _____ml internação: [ ] Sim [ ] Não

10) Episódios de toracocenteses nos últimos três meses:
Data:_____ volume: _____ml internação: [ ] Sim [ ] Não
Data:_____ volume: _____ml internação: [ ] Sim [ ] Não
Data:_____ volume: _____ml internação: [ ] 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 .....