



**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](mailto:snt@saude.gov.br)

## Colangites de repetição

<b>Nome:</b> _____	<b>RGCT</b>
<b>Idade:</b> _____	
<b>Sexo:</b> _____ <b>Cor:</b> _____	<b>ABO:</b> _____
<b>Serviço de Transplante Hepático:</b> _____	

**1) Causa da doença hepática:**

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

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

**4) Exames de Laboratório (até 30 dias)**

BT (  ) INR (  ) Creatinina (  ) Sódio sérico (  ) Data: \_\_\_\_\_

**5) Paciente candidato(a) a:** [  ] Transplante [  ] Retransplante. Data do transplante anterior: \_\_\_\_\_

**6) Datas dos episódios de colangite aguda (nos últimos 6 meses):**

Data: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**7) Desnutrição (indicar critério de avaliação utilizado)?** [  ] Sim [  ] Não

Critério: \_\_\_\_\_

**8) Complicações desenvolvidas em cada episódio (anotar data do episódio):**

[  ] Abscesso hepático Data: \_\_\_\_\_

[  ] Choque séptico Data: \_\_\_\_\_

**9) Hemocultura positiva (informar data, agente e antibiograma)?** [  ] Sim [  ] Não

**10) Número e duração das admissões nos últimos 6 meses:**

[  ] Em enfermaria. Data do episódio: \_\_\_\_\_

[  ] Em pronto-socorro. Data do episódio: \_\_\_\_\_

[  ] Em unidade de tratamento intensivo. Data do episódio: \_\_\_\_\_

**11) Tratamentos realizados em cada episódio (clínicos, endoscópicos, percutâneos e/ou cirúrgicos)**

Tratamento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**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 .....