

RGCT: _____ Nome: _____

Serviço/Hospital: _____

Equipe: _____

CRITÉRIOS URGENCIA CONFORME A PORTARIA Nº. 2600 DE 21 DE OUTUBRO 2009

CASOS PARA PRIORIZAÇÃO

- Anepático por não funcionamento primário:**
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor;
- Anepático por trauma:**
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor;
- Insuficiência Hepática Fulminante:**
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o enquadramento nos critérios de O'Grady/King's College Hospital ou de Clichy/Hospital Beaujon;
- Retransplante Pós-Tx Cadáver - Não funcionamento primário:**
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor, notificado à CNCDO até o 7º (sétimo) dia, inclusive, após o transplante;
- Retransplante Pós-Tx Vivo - Não funcionamento primário:**
- relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor, notificado à CNCDO até o 7º (sétimo) dia, inclusive, após o transplante;

CASOS PARA SITUAÇÃO ESPECIAL

- Retransplante Pós-Tx Cadáver - Trombose de artéria hepática:**
- exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada), prévio à solicitação de situação especial ou relatório transoperatório firmado e certificado por membro de equipe especializada autorizada nos termos deste Regulamento para transplante hepático.
- Retransplante Pós-Tx Vivo - Trombose de artéria hepática:**
- exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada), prévio à solicitação de situação especial ou relatório transoperatório firmado e certificado por membro de equipe especializada autorizada nos termos deste Regulamento para transplante hepático.

OUTRAS INFORMAÇÕES: _____

OBS: pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a Central de Transplantes, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explanado;

_____ / _____
Local

_____ / _____
Data

Assinatura do Médico e Carimbo