

**TERMO DE REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE**

Nome (receptor): \_\_\_\_\_

RGCT: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fonte Pagadora:

 SUS  CONVÊNIO  PARTICULAR

Realização de Transplante:

 Rim  Fígado  Pâncreas  Rim/Pâncreas

Tipo de Doador:

 Cadáver  Doador Vivo Relacionado  Doador Vivo Não Relacionado

Transplante com Critérios Expandidos:

 Não  Sim 

Motivos dos Critérios Expandidos:

 Sorologias  Diabetes  Idade  Relacionado ao Órgão Relacionado ao Doador  Outros

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Data do transplante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lateralidade do tecido/órgão do doador:  Direito  Esquerdo  Não se aplica**Em caso de mudança na lateralidade, justifique:**

---

---

---

---

**Obs.: De acordo com a Portaria nº 2600 de 21 de outubro de 2009:**

- ✓ A manutenção e atualização das informações sobre os potenciais receptores inscritos para a realização de transplantes é de responsabilidade da equipe especializada a qual o inscreveu (Art. 29, § 1º).
- ✓ A informação dos dados relacionados aos transplantes realizados deverá ser alimentada no SIG/SNT após o transplante, e aos 3 (três) meses, ou 6 (seis) meses e anualmente, quando se aplique, exclusivamente pelas equipes especializadas de transplantes (Art. 46).
- ✓ A notificação de transplante realizado, será encaminhado à CET-GO, em formulário próprio, pela equipe transplantadora em até quinze dias após a realização do transplante.
- ✓ Mediante a impossibilidade da assinatura do paciente, justificar o motivo e o grau de parentesco do responsável:

---

---

---

Assinatura do receptor transplantado ou responsável:

---

Assinatura do médico responsável:

---

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.