

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	
CEP:		

*Campos obrigatórios

2. DADOS DO HOSPITAL DE ORIGEM

Nome*:	
CNES*:	Regional de Saúde:
Município*:	UF*:
Natureza*: () Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado	
Justificativa para realização do TX fora do estado/UF: _____ _____ _____	
Médico (a) assistente*:	(Carimbo e assinatura)*
Fone* ()	E-mail do médico (a) /instituição assistente*:

*Campos obrigatórios

3. APOIO FAMILIAR

O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* () SIM () NÃO Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.
Se sim, qual o cidade/UF*:

*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de CORÇÃO (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença.



Coordenação-Geral do
Sistema Nacional de
Transplantes

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CORÇÃO

Versão n.3



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



4. INTERNAÇÃO

O paciente encontra-se internado* () SIM () NÃO

Se sim, qual*: () UTI () ENFERMARIA () OUTRO Qual: _____

*Campos obrigatórios

5. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ETIOLOGIA*:

() Isquêmica

() Chagásica

() Hipertensiva

() Idiopática

() Outros – especificar:

*Campo obrigatório

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA* (assinalar uma ou mais situações abaixo, se presentes)

() Dispneia aos pequenos esforços, apesar de medicação para ICC otimizada

() Sinais de fadiga, baixo débito ao esforço

() Edema de MMII e/ou ascite refratária ao tratamento

() Angina refratária ao tratamento e sem possibilidade de tratamento invasivo ou cirurgia

() Taquicardia ventricular refratária

() Outros – especificar:

TIPO DE IMAGEM UTILIZADA* () Ecografia

() Outros – especificar: _____

*campos obrigatórios

7. RESULTADOS DO EXAME DE IMAGEM* (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

() FEVE < ou = 35%

() Dilatação de VE

() Dilatação de VD

() PSAP > 40 mm/hg

OUTROS EXAMES*

() ECG de repouso

() RX de tórax (PA e perfil)

() Cateterismo cardíaco para estudo de coronárias (se possível)

() Ecografia abdominal (se possível)

*Campo obrigatório



Coordenação-Geral do
Sistema Nacional de
Transplantes

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CORAÇÃO

Versão n.3



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



8. EXAMES LABORATORIAIS* (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Sorologia para Sífilis
<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> Sorologia para Chagas IgG e IgM
<input type="checkbox"/> Potássio	<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> Sorologia para HIV
<input type="checkbox"/> Colesterol total	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Outros - especificar
<input type="checkbox"/> Ureia	<input type="checkbox"/> Triglicérides	

*Campo obrigatório

9. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: a ser preenchido pelo centro avaliador/transplantador)

Conduta do centro transplantador		
<input type="checkbox"/> caso aceito	<input type="checkbox"/> caso recusado	<input type="checkbox"/> fora dos critérios de inclusão
Observações: _____ _____ _____		
Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a): _____		
Data: ____/____/____		