



Coordenação-Geral do
Sistema Nacional de Transplantes

**PROTOCOLO DE
ENCAMINHAMENTO FÍGADO**
Versão n.3



(ADULTOS)

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 FÍGADO (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por outros agravos, comprovando os itens abaixo:



Coordenação-Geral do
Sistema Nacional de Transplantes

**PROTOCOLO DE
ENCAMINHAMENTO FÍGADO**
Versão n.3



(ADULTOS)

4. INTERNAÇÃO

O paciente encontra-se internado* () SIM () NÃO
Se sim, qual*: () UTI () ENFERMARIA () OUTRO Qual: _____

*Campos obrigatórios

5. REFERÊNCIA:

5.1 ETIOLOGIA DA DOENÇA HEPÁTICA: _____	
5.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO HEPATOPATIA CRÔNICA/CIRROSE	
A) Histórico de ascite	() sim () não () não há dados
B) Histórico de encefalopatia hepática	() sim () não () não há dados
C) Histórico de sangramento digestivo por varizes de esôfago ou estômago	() sim () não () não há dados
D) Nódulo hepático suspeito de tumor hepático (Hepatocarcinoma)	() sim () não () não há dados
E) Informações para cálculo MELD : Creatinina: _____ mg/dL	
Bilirrubinas totais: _____ mg/dL RNI: _____ Sódio: _____	
5.3 EXAMES COMPLEMENTARES*	RESULTADO*
() Ecografia de abdome	
() RNM de abdome	
() TAC de abdome	

*Campo obrigatório (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

6. OUTRAS SITUAÇÕES*

A) Cirrose por HCV com risco de descompensação durante o tratamento antiviral (avaliação pré tratamento):	() sim () não
B) Doença hepática crônica complicada por prurido intratável:	() sim () não
C). Doença hepática crônica complicada por ascite refratária:	() sim () não
D). Doença hepática crônica complicada por encefalopatia hepática:	() sim () não
E). Doença hepática crônica complicada por colangites de repetição:	() sim () não
Outro (especificar) _____	

(anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado) *Campo obrigatório



Coordenação-Geral do
Sistema Nacional de Transplantes

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO FÍGADO

Versão n.3



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



(ADULTOS)

7. **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: ____/____/____	