



**PROTOCOLO DE
ENCAMINHAMENTO
TRANSPLANTE DE FÍGADO –
PEDIÁTRICO**
Versão n.3



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



(Avaliação pré-transplante)

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*:	

*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 PEDIÁTRICO (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de DOENÇA HEPÁTICA AGUDA OU CRÔNICA descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por outros agravos, DOENÇA METABÓLICA OU TUMORES PRIMÁRIOS DO FÍGADO com provável indicação de transplante de fígado, comprovando os itens abaixo:



**PROTOCOLO DE
ENCAMINHAMENTO
TRANSPLANTE DE FÍGADO –
PEDIÁTRICO**
Versão n.3



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



(Avaliação pré-transplante)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia digestiva não controlável | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> Síndrome hepato-renal | |
| <input type="checkbox"/> Síndrome hepato-pulmonar | |
| <input type="checkbox"/> Síndrome porto-pulmonar | |
| <input type="checkbox"/> Tumores hepáticos não ressecáveis sem metástases | |
| <input type="checkbox"/> Doença metabólica com indicação de transplante | |
| <input type="checkbox"/> Desnutrição e retardo de crescimento acentuados | |

4.4 AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA HEPÁTICA POR IDADE

4.4.1 - Pacientes < 12 anos - PELD puro (*Pediatric model for end-stage disease*) = _____ .

Como sugestão, indicamos acessar o **PELD Calculator** no seguinte link:

<https://optn.transplant.hrsa.gov/data/allocation-calculators/peld-calculator/>

4.4.2 - Pacientes ≥ 12 anos - MELD (Model for End-Stage Liver Disease) = _____ .

Como sugestão, indicamos acessar o **MELD Calculator** no seguinte link:

<https://optn.transplant.hrsa.gov/data/allocation-calculators/meld-calculator/>

*Campos obrigatórios

5. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de fígado (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), devem ser consideradas as seguintes condições:

- O centro encaminhador deverá, com apoio da respectiva Central Estadual de Transplantes, viabilizar a contrarreferência do paciente, transplantado ou não, após a avaliação e/ou tratamento, e orientação médica no centro transplantador;
- Nos casos em que o paciente possua outras patologias extra-hepáticas, há a necessidade de apoio clínico-cirúrgico de hospitais do SUS que contenham serviços de subespecialidade em pediatria (p.e., cardiopatias congênitas entre outros);
- Além dos critérios clínicos solicitados neste documento, serão sempre considerados a disponibilidade de vaga e de recursos do centro transplantador.

6. 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: ____/____/____		