



Ministério da Saúde
Central Nacional de Transplantes
CGSNT/DAET/SAES

Reabilitação intestinal / TID / TMV



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

PROCESSO DE ALOCAÇÃO REAB Nº: _____/20____ (a ser preenchido pela CNT/MS)

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Fone da mãe ou responsável: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nome do hospital de origem: _____

Natureza do hospital de assistência

() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado

Município e UF de residência (origem): _____

Município e UF do hospital onde está sendo atendido: _____

Pleito: () avaliação geral () reabilitação intestinal () TID* () TMV**

() Outros especificar: _____

* Transplante de Intestino Delgado ** Transplante Multivisceral

Doenças que levaram à Falência Intestinal: _____

Peso atual / Estatura atual / Medidas semanais de peso desde a admissão (para realização de curva):

2. Histórico de cirurgias – descrição de maneira objetiva e resumida de cada procedimento (roteiro):

Indicação: _____

Achados (ex: necrose de ___ cm de intestino delgado, perfuração a ___ cm do ângulo de Treitz):

Conduta (ex: áreas ressecadas, extensão da ressecção, segmentos exteriorizados):

Válvula ileocecal ressecada: () sim () não

Quantidade estimada de intestino delgado e cólon remanescentes (quantos centímetros de jejuno e íleo permaneceram com o paciente?):

Quais porções de cólon permaneceram com o paciente - ceco, transverso proximal, transverso distal, sigmoide, reto):



Ministério da Saúde
Central Nacional de Transplantes
CGSNT/DAET/SAES

Reabilitação intestinal / TID / TMV



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Outras comorbidades: _____

O paciente possui: estimativa de intestino delgado remanescente: _____cm
()Válvula ileocecal ()gastrostomia ()duodenostomia ()jejunostomia ()ileostomia
()colostomia ()Trombose portal ()trombose de acesso central: ()VJD ()VJE ()VSCD ()VSCE
()VFD ()VFE

*VJ veia jugular interna; VSC veia subclávia; VF veia femoral; D direita; E esquerda

3. Histórico de infecções e antibióticos utilizados (ex: bcp em junho, ceftriaxone por __ dias; cultura de cateter (agente) em agosto, vancomicina por __ dias).

O paciente já teve alguma infecção relacionada ao cateter? _____

O paciente já teve alguma infecção fúngica? _____

O paciente já teve algum quadro de sepse ou choque séptico? _____

4. Condições de acessos venosos

Acesso venoso atual (tipo de cateter, sítio e duração): _____

Histórico de acessos venosos centrais (sítios anteriores, trombozes, dissecções venosas): _____



Ministério da Saúde
Central Nacional de Transplantes
CGSNT/DAET/SAES

Reabilitação intestinal / TID / TMV



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Possui algum exame de imagem (Doppler, angiotomografia) demonstrando o estado dos principais sítios vasculares (jugulares, subclávias e femorais)? _____

() anexos

5. Últimos exames laboratoriais (incluindo, hemograma, bioquímica, gasometria, função hepática, culturas e outros exames relacionados à nutrição parenteral)

() anexos

6. Exames radiológicos pertinentes (tomografia, trânsito intestinal, enema opaco, ultrassonografia, Doppler)

() anexos

7. Prescrição atual (medicações e esquema de hidratação):

8. Prescrição da nutrição parenteral / enteral (tipo, quantidade, componentes, ciclos):

9. Condição hemodinâmica (atual):

10. Estado neurológico (atual):

11. Sistema respiratório (atual):

12. Realiza diálise?

13. Outras informações não contempladas pelo formulário, porém importantes:



Ministério da Saúde
Central Nacional de Transplantes
CGSNT/DAET/SAES

Reabilitação intestinal / TID / TMV



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

14. TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)

Foi feita Solicitação de TFD junto à SMS/SES**?: ignorado não sim data: ___/___/___

Contato com a SES (nome e telefone): _____ _____ - _____

Acompanhante: não sim Quem: _____

** SMS: Secretaria Municipal de Saúde/SES: Secretaria Estadual de Saúde

15. NOME, TELEFONE E E-MAIL DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO e da EQUIPE MÉDICA ASSISTENCIAL (NO HOSPITAL DE ORIGEM):

Telefone 1: ()

E-mail 1:

Telefone 2: ()

E-mail 2:

Atenção: é muito importante fornecer um número de telefone celular, com DDD, para contatos de emergência.