



**PROTOCOLO DE
ENCAMINHAMENTO – PULMÃO**
Versão n.3



(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*:	
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 PULMÃO (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença.



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – PULMÃO

Versão n.3



(Avaliação pré-transplante)

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 PULMONAR

Doença pulmonar obstrutiva crônica classe III NYHA e demais critérios	() sim () não
Fibrose pulmonar primária ou secundária classe III NYHA e demais critérios	() sim () não
Bronquiectasias classe III NYHA e demais critérios	() sim () não
Hipertensão pulmonar classe III NYHA e demais critérios	() sim () não
Fibrose cística sob as seguintes condições:	
a) volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito após broncodilatador	() sim () não
b) hipoxemia em repouso: PaO ₂ < 55 mmHg	() sim () não
c) hipercapnia > 50 mmHg	() sim () não
d) evolução clínica com exacerbações mais frequentes e mais severas ou infecções por cepas bacterianas multirresistentes.	() sim () não

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL

Descrever e anexar cópia de exames:

(Anexar cópia digitalizada de cada exame mencionado)

Exames	Resultado	Sorologias	Resultado	Medicamentos em uso
Dosagem de sódio		HIV		
Dosagem de potássio		HTLV I e II		
Creatinina		HbsAg		
Ureia		Anti-Hbc		
ABO e RH		Anti-Hbs		
Hemograma		Anti-HCV		
Glicemia				

***Campos obrigatórios**



**PROTOCOLO DE
ENCAMINHAMENTO – PULMÃO**
Versão n.3



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



(Avaliação pré-transplante)

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: ____/____/____		