



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO RIM

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



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO RIM

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 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, COM ALGUMAS DAS SITUAÇÕES ABAIXO	
Está realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva Tipo: _____	() sim () não
Hipersensibilizado: (painel > 80)	() sim () não
Apresenta depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m ²	() sim () não
Idade inferior a 18 anos e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m ²	() sim () não
É diabético em tratamento conservador e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m ² .	() sim () não

OBS: O preenchimento de um único item do item 3.1, já indica necessidade de encaminhamento a Centro Especializado. Dados de laboratório e imagem, anexar apenas os que o paciente já possui.

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL

6.1 CAUSA DA INSUFICIÊNCIA RENAL: _____	
Doença cardíaca pré-existente Diagnóstico: _____ Data: ____/____/____	() sim () não
Histórico de Câncer Diagnóstico: _____ Data: ____/____/____	() sim () não
4.2 EXAMES COMPLEMENTARES	
Exames de detecção de CA (atenção básica): Diagnóstico: _____ Data: ____/____/____	() sim () não
Mamografia (protocolo m.s) Diagnóstico: _____ Data: ____/____/____	() sim () não
Papanicolau (protocolo m.s) Diagnóstico: _____ Data: ____/____/____	() sim () não
PSA (homens > 40 anos c/ fator de risco ou > 50 anos) Diagnóstico: _____ Data: ____/____/____	() sim () não

(Anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

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		Outras		

*Campos obrigatórios



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



(Avaliação pré-transplante)

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: ____/____/____		