



Encaminhamento para Avaliação de Transplante de Fígado

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.

1.1 Nome*:	
1.2 Data de nascimento*: / /	1.3 Sexo*: M () F ()
1.4 CPF ou RG**:	1.5 CNS*:
1.6 Telefone 1*:	1.7 Telefone 2:
1.8 E-mail:	
1.9 Nome da mãe:	
1.10 Endereço*:	
1.11 Município:	
1.12 CEP:	1.13 UF:

*Campos obrigatórios para preenchimento; ** Campos obrigatórios para preenchimento e DEVERÁ ANEXAR COMPROVANTE.

2. PREENCHER SE O PACIENTE ESTIVER SOB RESPONSABILIDADE HOSPITALAR.

2.1 Nome do hospital*:	
2.2 Município*:	2.3 UF*:
2.4 CNES*:	2.5 Endereço:
2.6 Diretoria Geral ou Técnico (a) ou de Enfermagem:	
2.7 Telefone:	2.8 E-mail:
2.9 Responsável pela atualização das informações deste paciente*:	
2.10 Telefone*:	2.11 E-mail*:
2.12 Este paciente está sob atendimento () Público () Privado () Se plano, qual?:	
2.13 Tipo de leito que encontra-se*: () Enfermaria () UTI () Outro, qual: _____	
2.14 Escala de Glasgow: () Observação:	
2.15 Respiração*: () Ar ambiente () O ₂ por cateter nasal, l/m: _____ () O ₂ por máscara, l/m: _____ () Se VM sob IOT ou TQT, há quanto tempo?: _____	
2.16 Se estiver em uso de drogas vasoativas, quais e em quantos ml/h?:	
2.17 Transporte necessário para este paciente*: () Terrestre (ônibus ou USA)?: () Aéreo (Vôo comercial ou UTI aérea)?:	

*Campos obrigatórios para preenchimento.



3. ACOMPANHATE (preencher se o paciente estiver sob responsabilidade hospitalar ou for encaminhado para outro Estado).

3.1 O paciente conta com apoio/suporte familiar ou amigos? Se sim, qual o nome completo do acompanhante?*
3.2 Se sim, qual o número de telefone para contato?*

*Campos obrigatórios para preenchimento.

4. AVALIAÇÃO CLÍNICA (preenchimento obrigatório pelo médico especialista).

4.1 Qual o CID?*	4.2 Qual o MELD?*
4.3 Encaminhamento para*: () Atendimento ambulatorial () Se internação, qual tipo de leito?:	
4.4 EXAMES COMPLEMENTARES**	
4.5 () Ecografia de abdome	Data do exame: ___/___/___ Conclusão:
4.6 () RNM de abdome	Data do exame: ___/___/___ Conclusão:
4.7 () TAC de abdome	Data do exame: ___/___/___ Conclusão:
4.8 Data: ___/___/___ Resumo da história clínica, exames físicos, quadro clínico atual ou outras informações que julgar pertinentes (se desejar e para melhor compreensão do caso, poderá anexar neste formulário outro relatório e/ou exames)*:	
Carimbo e assinatura do médico.	

*Campos obrigatórios para preenchimento; ** Campos obrigatórios para preenchimento e DEVERÁ ANEXAR COMPROVANTE.

Atenção: anexar no formato PDF: cópia da documentação e laudo de **EXAME RECENTE**.

Encaminhar a solicitação devidamente preenchida e os anexos via SERVIR ou por E-MAIL para o endereço eletrônico:

➔ regultransplantes.goias@gmail.com

Observação: Em caso de dúvidas, ligar para: (62) 3201-1708 ou (62) 3201-2200 ou enviar e-mail no endereço eletrônico supracitado.