



Encaminhamento para Avaliação de Transplante de Células-tronco hematopoéticas

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.

2. SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE (preencher somente se o paciente estiver internado).

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 de qual natureza?: () 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. ACOMPANHANTE (preencher se o paciente estiver internado ou se for necessário ir 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 Encaminhamento para*: () Atendimento ambulatorial () Se internação, qual tipo de leito?:

4.3 Critérios básicos para o agendamento de consultas para avaliação com equipe médica transplantadora de células-tronco hematopoéticas (definidos por Responsáveis Técnicos de equipes transplantadoras, em Goiás):

I - Não possuir neoplasias ativas, além da onco-hematológica de base;

IV – Não possui cardiopatia impeditiva (ex: NYHA classes III e IV);

II - Não possuir Índice de Massa Corpórea ≥ 35 ;

V – Não possui pneumopatia impeditiva (ex: GOLD classes III e IV);

III - Não ser declarado dependente químico ou etilista crônico com tempo < 2 anos;

VI – Não possuir DRC classes IV e V (exceto em casos de Mieloma Múltiplo);

VII – Ter entre 12 e 75 anos de idade e peso > 45 kg.

4.4 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.

Observação: encaminhar esta solicitação para o e-mail: regultransplantes.goias@gmail.com



ORIENTAÇÕES BÁSICAS

- 1) Anexar no formato PDF: cópia da documentação e laudo de **EXAMES RECENTES** e encaminhar a solicitação devidamente preenchida e os anexos por E-MAIL no seguinte endereço eletrônico: regulatransplantes.goias@gmail.com

- 2) Em estabelecimentos com acesso ao Sistema de Regulação de Vagas Integradas à Rede (SERVIR), esta solicitação poderá ser feita diretamente no sistema. Mesmo assim, é importante anexar os exames que justifiquem o encaminhamento.

- 3) Se houver preferência por algum médico ou hospital transplantador, essa informação deverá ser escrita claramente, e o agendamento será conforme a disponibilidade de vagas.

- 4) Nossas equipes poderão entrar em contato para buscar informações a qualquer momento.

- 5) Em caso de dúvidas, ligue para: **(62) 3201-1708** ou **(62) 3201-2200**, ou envie um e-mail para o endereço eletrônico supracitado. Nossas equipes estão à disposição para orientar no que for possível.