



## Encaminhamento para Avaliação de Transplante de Pâncreas

### 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 <sub>2</sub> por cateter     (    ) O <sub>2</sub> por máscara, nasal, l/m: _____ 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 Encaminhamento para\*: ( ) Atendimento ambulatorial ( ) Se internação, qual tipo de leito?:

4.3 Critérios básicos para o agendamento de consultas para avaliação pré-transplantes de pâncreas (definido por Responsáveis Técnicos de Equipes Transplantadoras de Pâncreas, em Goiás).

I - Não possuir neoplasias ativas;

IV - Ser dialítico ou ter clearance < 15;

II - Não possuir Índice de Massa Corpórea > 35;

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

V – Idade mínima de 12 anos.

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.

**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:

→ [regulatransplantes.goias@gmail.com](mailto:regulatransplantes.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.