

Formulário de Encaminhamento para Avaliação Pré-Transplante de Córnea, em Goiás.

Estabelecimento solicitante: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone 1: _____ Telefone 2: _____

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Data Nasc.: _____ RG (anexar cópia): _____

Cartão SUS (anexar cópia): _____ CPF: _____

Endereço (anexar cópia): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone 1: _____ Telefone 2: _____

Conforme Portaria MS Nº 2600/09, art. 106. Serão aceitos para inscrição em lista de espera para transplante de córnea, em caráter eletivo, os potenciais receptores portadores de:

I - ceratocone;	VII - degeneração corneana;	Art. 107. Como condição de urgência:
II - ceratopatia bolhosa;	VIII - queimadura ocular;	I - perfuração do globo ocular;
III - leucoma de qualquer etiologia;	IX - anomalias corneanas congênitas; e,	II - iminência de perfuração de córnea - decemetocèle;
IV - distrofia de Fuchs;		III - receptor com idade inferior a 7 (sete) anos que apresente opacidade corneana bilateral;
V - outras distrofias corneanas;		IV - úlcera de córnea sem resposta a tratamento clínico; e
VI - ceratite intersticial;	X - falência secundária ou tardia.	V - falência primária, até o nonagésimo (90º) dia consecutivo a realização do transplante, da realização do transplante com córnea viável para transplante óptico.

Justificativa médica:

Carimbo e assinatura

Atenção: Obrigatório anexar toda documentação e resultados de exames recentes (tempo < 2 meses) no formato PDF.

Encaminhar essa solicitação devidamente preenchida e os anexos via GERCON ou E-MAIL para o endereço eletrônico: regulatransplantes.saude@goias.gov.br

Em caso de dúvidas entrar em contato com a CET/GO pelo telefone: (62) 3201-1708 ou (62) 3201-2200 (horário comercial) ou pelo e-mail supracitado em qualquer momento.