



## RECUSA DE PÂNCREAS PARA TRANSPLANTE

**Centro de Transplante:** \_\_\_\_\_

**Data da recusa:** \_\_\_\_\_

**Doador:** \_\_\_\_\_ **RGCT** \_\_\_\_\_

**Receptor:** \_\_\_\_\_

**Médico responsável:** \_\_\_\_\_

### Motivo da recusa:

**Indisponibilidade da equipe para o transplante**

**Condições clínicas do receptor**

**Condições hemodinâmicas**

**Recusa do receptor**

**Condições do órgão**

**Receptor não localizado**

**Recuperação da função**

**Infra estrutura**

**Transferência**

**Descarte do órgão no implante**

**Incompatibilidade anatômica**

**Outros** \_\_\_\_\_

**Observação:** \_\_\_\_\_

---

**Assinatura e carimbo médico** \_\_\_\_\_

**Obs.:** Enviar por e-mail para “[processo@saude.sc.gov.br](mailto:processo@saude.sc.gov.br)”