



RECUSA DE RIM / PÂNCREAS PARA TRANSPLANTE

Centro de Transplante:

Município

Doador: _____

RGCT: _____

Receptor: _____

RGCT: _____

Data da recusa: / /

MOTIVO DA RECUSA

1. () Condições do órgão

2. () Condições clínicas do receptor:

Justificar causa principal: _____

3. () Recusa do receptor

4. () Receptor não localizado

5. () Recuperação da função no receptor

6. () Transferência do receptor de equipe

7. () Incompatibilidade anatômica

Justificar: _____

8. () Falta de infra estrutura para transplante

Justificar: _____

9. () Indisponibilidade da equipe para o transplante

10. () Descarte do órgão no implante

Justificar: _____

11. () Outros _____

Assinatura e carimbo do médico responsável: _____

Enviar imediatamente para SC Transplantes:
(48) 3664-7296 ou e-mail (scaneado) processo@saude.sc.gov.br