



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**  
**COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES**  
SAF Sul, trecho II, bloco F, Edifício Premium, 1º andar, sala 104  
CEP 70.070-600 – Brasília/DF [snt@saude.gov.br](mailto:snt@saude.gov.br)

## Ascite Refratária

<b>Nome:</b>	<b>RGCT</b>
Idade:	
Sexo:	Cor:
Serviço de Transplante Hepático:	ABO:

**1) Causa da doença hepática:**

**2) Data da solicitação da inclusão como situação especial:**

**3) Carcinoma hepatocelular ou outras neoplasias malignas foram excluídas?** [  ] Sim [  ] Não

**\* Obs: em caso positivo anexar USG, a qual deverá ter sido realizada a menos de 6 meses da solicitação de situação especial.**

**4) Exames de Laboratório (até 30 dias):**

Valor de sódio urinário: (            ) Data: \_\_\_\_\_

BT (    ) INR (    ) Creatinina (    ) Sódio sérico (    ) Data: \_\_\_\_\_

**5) Dose máxima de diuréticos utilizada e tempo de uso:**

Espironolactona: \_\_\_\_\_ Furosemida: \_\_\_\_\_

**6) Dose atual de diuréticos utilizada e tempo de uso:**

Espironolactona: \_\_\_\_\_ Furosemida: \_\_\_\_\_

**7) Houve piora da função renal associada ao uso de diuréticos?** [  ] Sim [  ] Não

Creatinina antes (            ) Creatina após estas doses (            )

**8) Anote se houve algum dos itens abaixo:**

PBE (    ) Número de vezes: \_\_\_\_\_

Hidrotórax (    ) Número de vezes: \_\_\_\_\_

TIPS (    ) Número de vezes: \_\_\_\_\_

Encefalopatia (    ) Número de vezes: \_\_\_\_\_

**9) Episódios de paracenteses nos últimos três meses:**

Data: \_\_\_\_\_ volume: \_\_\_\_\_ml internação: [  ] Sim [  ] Não

Data: \_\_\_\_\_ volume: \_\_\_\_\_ml internação: [  ] Sim [  ] Não

Data: \_\_\_\_\_ volume: \_\_\_\_\_ml internação: [  ] Sim [  ] Não

**10) Episódios de toracocenteses nos últimos três meses:**

Data: \_\_\_\_\_ volume: \_\_\_\_\_ml internação: [  ] Sim [  ] Não

Data: \_\_\_\_\_ volume: \_\_\_\_\_ml internação: [  ] Sim [  ] Não

Data: \_\_\_\_\_ volume: \_\_\_\_\_ml internação: [  ] Sim [  ] Não

**ENVIAR RELATÓRIO DETALHADO DO CASO, COM DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS (RESUMOS DE INTERNAÇÃO, LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, ETC.)**

Responsável pelas informações: Dr.....CRM .....