



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

Colangites de repetição

Nome:	RGCT
Idade:	
Sexo:	Cor:
Serviço de Transplante Hepático:	ABO:

1) Causa da doença hepática:

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

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

4) Exames de Laboratório (até 30 dias)

BT () INR () Creatinina () Sódio sérico () Data: _____

5) Paciente candidato(a) a: Transplante Retransplante. Data do transplante anterior: _____

6) Datas dos episódios de colangite aguda (nos últimos 6 meses):

Data: _____

Data: _____

Data: _____

Data: _____

7) Desnutrição (indicar critério de avaliação utilizado)? Sim Não

Critério: _____

8) Complicações desenvolvidas em cada episódio (anotar data do episódio):

Abscesso hepático Data: _____

Choque séptico Data: _____

9) Hemocultura positiva (informar data, agente e antibiograma)? Sim Não

10) Número e duração das admissões nos últimos 6 meses:

Em enfermaria. Data do episódio: _____

Em pronto-socorro. Data do episódio: _____

Em unidade de tratamento intensivo. Data do episódio: _____

11) Tratamentos realizados em cada episódio (clínicos, endoscópicos, percutâneos e/ou cirúrgicos)

Tratamento: _____ Data: _____

Tratamento: _____ Data: _____

Tratamento: _____ Data: _____

Tratamento: _____ Data: _____

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

Responsável pelas informações: Dr.CRM