



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

Formulário para Situação Especial - Encefalopatia Hepática

Nome:	RGCT
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

4) Exames de Laboratório (até 30 dias): BT () INR () Creatinina () Sódio sérico () Data: _____

5) Tipo de encefalopatia: [] Encefalopatia episódica [] Encefalopatia persistente

6) Síndrome extrapiramidal: [] Sim [] Não

7) Número de episódios nos últimos 6 meses:

8) Indicar gravidade (Critérios de West Haven) Data: _____

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (<input type="checkbox"/>) 0 Ausência de alterações clínicas (sem anormalidades de personalidade ou comportamento). |
| (<input type="checkbox"/>) 1 Períodos insignificantes de comprometimento da consciência. déficits de atenção; dificuldade para somar ou subtrair; sonolência excessiva, insônia ou inversão do padrão de sono; euforia ou depressão (mais comumente o último). |
| (<input type="checkbox"/>) 2 Letargia ou apatia; desorientação; comportamento inadequado; comprometimento da fala. |
| (<input type="checkbox"/>) 3 Rebaixamento importante do nível de consciência, estupor. |
| (<input type="checkbox"/>) 4 Coma. |

9) Houve fatores desencadeantes? (Hemorragia? Infecção? Diuréticos? Outros?) [] Sim [] Não

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

- | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------|
| (<input type="checkbox"/>) Em enfermaria. | Data: _____ |
| (<input type="checkbox"/>) Em pronto-socorro. | Data: _____ |
| (<input type="checkbox"/>) Em unidade de tratamento intensivo. | Data: _____ |

11) Shunt portossistêmico espontâneo? [] Sim [] Não

12) Shunt portossistêmico cirúrgico ou TIPS? [] Sim [] Não

ENVIAR RELATÓRIO DETALHADO, ACOMPANHADO DE AVALIAÇÃO DE NEUROLOGISTA, COM DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS (RESUMOS DE INTERNAÇÕES, LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAS E DE IMAGEM, ETC.)

Responsável pelas informações: Dr.....CRM