



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 inclusão em Situação Especial - Prurido intratável

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

Critério: _____

7) Desordens do sono? Sim Não

8) Obstrução biliar:

Sim Local da obstrução: _____

Não Justifique a causa do prurido: _____

9) Tratamento endoscópico

Sim Qual procedimento? _____ Data: _____

Não

10) Tratamento radiológico

Sim Qual procedimento? _____ Data: _____

Não

11) Tratamento cirúrgico?

Sim Qual procedimento? _____ Data: _____

Não

12) Tratamentos medicamentosos?

Ácido ursodesoxicólico Data de início: _____ Data de suspensão: _____

Colestiramina Data de início: _____ Data de suspensão: _____

Rifampicina Data de início: _____ Data de suspensão: _____

Sertralina Data de início: _____ Data de suspensão: _____

Naltrexona Data de início: _____ Data de suspensão: _____

13) Diálise com albumina/plasmaferese? Sim Não

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