



Priorização para transplante de Coração Cadastro Obrigatório

Nome: _____ RGCT _____

Centro de Transplante: _____

Diagnóstico: _____

ABO: _____ Peso: _____ Altura: _____

- () Retransplante indicado no período de 48 horas pós-transplante;
- () Choque cardiogênico (paciente hospitalizado e em uso de droga vasopressora);
- () Assistência circulatória (necessidade de auxílio mecânico por insuficiência cardíaca).

Obs: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico responsável

Obs: Renovar cadastro a cada 72 horas
Enviar por e-mail.