



Priorização para transplante de Rim Cadastro Obrigatório

Nome: _____ RGCT _____
Centro de Transplante: _____

1-Sem possibilidade de fístula

- antebraço direito
- antebraço esquerdo
- cotovelo direito
- cotovelo esquerdo

2-Sem possibilidade de CAPD

- esgotamento da técnica
- contra

indicação: _____

3-Sem possibilidade de fístula prostética de PTFE (Gortex)

- colar
- membro superior direito
- membro superior esquerdo
- membro inferior direito
- membro inferior esquerdo

Obs: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico responsável

**Obs: Renovar o cadastro a cada 30 dias
Enviar por e-mail**