

	Solicitação de priorização para transplante de fígado	
---	--	---

Dados do candidato a transplante	
Nome:	RICT:
Idade: anos	Sexo: () F () M
Grupo Sanguíneo (ABO): () O () A () B () AB	
Hospital:	
Serviço de Transplante:	
Cidade / Estado:	
Data da solicitação de priorização: ____/____/____	

☐ Insuficiência hepática aguda grave ☐ Retransplante por não-funcionamento primário do enxerto ☐ Trauma grave do fígado com evolução para falência hepática ☐ Paciente anepático
Candidato(a) a: () Transplante () Retransplante Data do transplante anterior: ____/____/____
Doença hepática pré-existente? () Sim () Não
Presença de encefalopatia? () Sim () Não
Internação em Unidade de Terapia Intensiva: Data: ____/____/____
Documentos: Insuficiência hepática aguda grave: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o enquadramento nos critérios de O'Grady/King's College Hospital ou de Clichy/Hospital Beaujon; Retransplante por não-funcionamento primário do enxerto: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico; e Trauma grave do fígado com evolução para falência hepática: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do candidato ao transplante.

Local, data, assinatura e carimbo do médico ¹
_____, ____ de _____ de _____. _____ Assinatura / Carimbo

¹ O profissional responsável poderá assinar este documento físico com caneta esferográfica de tinta azul ou preta; como também assinar digitalmente o documento com assinatura eletrônica avançada ou qualificada nos termos do art. 4º, § 1º, da Lei nº 14.063/20, disponibilizados pela ICP-Brasil (Medida Provisória nº 2.200-2/2001) e na forma do art. 219, da Lei nº 10.406/02, Código Civil Brasileiro (Advocacia Geral da União. Parecer nº 00712/2025).