

PROTOCOLO CABESP PARA TRANSPLANTE

Prezado Dr.(a) _____

Tendo em vista sua indicação de transplante, solicitamos fornecer informações complementares para instruir a presente análise.

Paciente: _____ Idade: _____ CPF: _____

Eq. Médica/médico responsável: _____

Hospital/Instituição: _____

Histórico da doença atual: _____

Diagnóstico principal (favor preencher o campo pertinente):

- Cardíaco: () cardiomiopatia idiopática dilatada () isquêmica () m.chagas () d.valvar () c. congênita
() outras: _____

- Córnea: () ceratocone () ceratopatia Bolhosa () outras () Possível relação com procedimentos oftalmológicos prévios. Qual/Quais: _____

- Hepático: () atresia v. biliares () erros inatos do metabolismo () cirrose () colangite esclerosante primária
() outras: _____

- Medula: () d. oncohematológica () d.hematológica () d. oncológica () outros _____

- Rim: () glomerulonefrite () nefrite intersticiais () diabetes () d. arterial hipertensiva
() outras _____ diálise: início em ___/___/___

Diagnósticos secundários: _____

Estadiamento/complicações: _____

Resultados de exames complementares fundamentais: _____

Tratamentos/transplantes anteriores e resultados: : _____

Obtenção do órgão/tecido: () autólogo () alogênico

Inscrição na C.T. ou Banco de Olhos em ___/___/___ Previsão para ___/___/___

Intervivos: doador (nome e parentesco): _____

Observações e situações peculiares: _____

Observações gerais:

- 1. Caso necessário, anexar documentação complementar.**
- 2. O protocolo Cabesp para autorização de transplante eletivo inclui parecer de equipe independente da primeira (2ª opinião), podendo a indicação/encaminhamento para a 2ª equipe ficar a cargo da equipe solicitante.**
- 3. Para Transplantes eletivos com longa fila de espera, pede-se que a documentação seja regularizada cerca de 3 meses antes da data prevista para o procedimento.**
- 4. Despesas referentes a obtenção e transporte de órgãos/tecidos, são de responsabilidade dos órgãos públicos.**
- 5. Honorários médicos e despesas hospitalares conforme normas Cabesp.**

Carimbo e assinatura do médico responsável

data: ___/___/___