

## PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE – HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Para encaminhamento de pacientes oriundos da assistência municipal ou regional para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de FÍGADO, o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ ou exames complementares de Doença Hepática Crônica comprovada, pelo que se deverá marcar com X e comprovar os itens abaixo:

### DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO HEPATOPATIA CRÔNICA/CIROSE

	SIM	NÃO	NÃO HÁ DADOS
A. Alteração da cor das fezes – Alerta amarelo (gráfico de cor abaixo)			
B. Presença de icterícia (à custa de bilirrubina direta)			
C. Presença de hipoalbuminemia			
D. Alteração do RNI ( $\geq 1,5$ )			
E. Histórico de sangramento digestivo por varizes de esôfago e ou estômago			
F. Presença de hepato e/ou esplenomegalia			

#### FEZES NORMAIS



#### FEZES SUSPEITAS



### EXAMES LABORATORIAIS E/OU DE IMAGEM

TAP	ALBUMINA
BILIRRUBINA	HEMOGRAMA:
PLAQUETAS	Hb
CREATININA	VG
HDL	LEUCÓCITOS
	BASTÕES
US DE ABDOMEN	
TAC DE CRÂNIO	

### OBSERVAÇÕES:

1. O preenchimento de um único item da Avaliação Clínica Constatando Hepatopatia Crônica/Cirrose, já indica a necessidade de encaminhamento ao Centro Especializado.
2. Exames laboratoriais e/ou de imagem não são obrigatórios, inserir os resultados que o paciente já possui.

Serviço de origem: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA