



**FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE RENAL**

**I- DADOS DO PACIENTE:**

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	CARTÃO SUS:
CPF:	RG:
NOME DA MÃE:	
ENDEREÇO:	
CIDADE:	CEP:
TELEFONE:	

**II- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA COM ALGUMAS DAS SITUAÇÕES ABAIXO:**      **SIM**    **NÃO**

I-Está realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva?      ( )    ( )  
     Data Início de Hemodiálise: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II-Apresenta depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m<sup>2</sup>?      ( )    ( )

III-Idade inferior a 18 anos e apresenta a depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min/m<sup>2</sup>?      ( )    ( )

IV-É diabético em tratamento conservador e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min/m<sup>2</sup>?      ( )    ( )

**III- RESULTADO DE EXAMES (Em caso de **sim**, levar resultados no ato da consulta)**

EXAMES	SIM	NÃO	EXAME	SIM	NÃO	SOROLOGIA	SIM	NÃO
Sódio			Potássio			Ácido Úrico		
Creatinina			Uréia			Triglicerídeos		
Cálcio			Fósforo			Hepatite B e C		
Fosfatase Alcalina			PTH			HIV		
Hemograma			Colesterol total e frações			Glicose		
Transfusões Sanguínea			Número de transfusões			Data da última transfusão		
<b>Tipagem ABO</b>								

**IV-EXAMES COMPLEMENTARES (Em caso de **sim**, levar resultados no ato da consulta)**

EXAME	SIM	NÃO
USG RENAL E VIAS URINÁRIAS		
RAIO X DE TÓRAX		
ETIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA RENAL		

**V-Paciente está inscrito em outro Centro Transplantador via TFD? ( ) Sim ( ) Não**

**Qual?** \_\_\_\_\_

Clínica de Hemodiálise: \_\_\_\_\_

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

**Carimbo e Assinatura  
Médico**

**VI-AGENDAMENTO DE CONSULTA:**

Unidade Hospitalar: \_\_\_\_\_

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

Médico: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: Todos os campos deverão estar preenchidos; identificação e carimbo do médico assistente; o paciente deverá estar de posse de todos os resultados de exame no ato da consulta.**