MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	**Formulário de solicitação de situação especial – Carcinoma hepatocelular**	SUS

Dados do candidato a transplante	
Candidato a transplante:	RICT:
Hospital:	
Equipe:	
Cidade / Estado:	
Data da solicitação da inclusão como situação especial: ____/____/____	

Diagnóstico	
( ) Critério anatomopatológico ( ) Critério radiológico (2 exames) ( ) Critério radiológico (1 exame de imagem trifásico) ( ) Critério combinado (1 exame + Alfa fetoproteína)	**Parâmetros:** Paciente cirrótico com exames realizados em até 90 dias: a) nódulo único entre 2,0 e 5,0 cm de diâmetro; ou b) até três nódulos entre 2,0 e 3,0 centímetros de diâmetro cada; e c) ausência de invasão vascular, de ramo de veia porta ou de veias hepáticas, ausência de rotura tumoral; e d) ausência de lesões extra-hepáticas, e sem indicação de ressecção; e e) alfafetoproteína (AFP) < 1.000 ng/mL. **Critério anatomopatológico:** a) Biópsia **Critérios radiológicos:** a) Tumor maior ou igual a 2 cm com hipervascularização na fase arterial e lavagem rápida na fase portal LI-RADS 5); ou b) Tumor maior ou igual a 2 cm com hipervascularização na fase arterial (LI-RADS 4) com AFP > 100.
Para comprovação do diagnóstico: relatório médico detalhado e cópia de laudos de exames complementares;	

Estadiamento (critério de Milão)	
Estadiamento (Critério de Milão) ( ) Exame de imagem Data: ___ / ___/ ___ ( ) Tomografia de tórax Data: ___/ ___/ ___	**Critérios para estadiamento** Cópia de laudos de exames que caracterizem o estadiamento baseado no critério de Milão, com a inclusão de pelo menos um exame de imagem de

	abdome (tomografia computadorizada / ressonância magnética) realizado até 6 meses antes da solicitação de situação especial; ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax realizada até 06 (seis) meses antes; para fins de estadiamento, nódulos com diâmetro inferior a 2 (dois) cm são considerados lesões de natureza indeterminada.

Tratamento prévio	
Tratamento prévio: sim ( ) não ( ) Se sim: ( ) ressecção ( ) quimioembolização ( ) ablação ( ) sistêmico (quimioterapia/ imunoterapia) ( ) alcoolização	Caso tenha tratamento prévio encaminhar relatório médico e laudo do exame(s) prévio ao tratamento (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de abdome, trifásicas, e dosagem de alfafetoproteína)

Irressecabilidade	
Irressecabilidade ( )	Encaminhar Relatório Médico com a justificativa.

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 n° 00712/2025).