MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	**Formulário de solicitação de situação especial – Hepatocarcinoma tratado por downstaging**	SUS

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

Questionário	
Dosagem de Alfafetoproteína	
Antes do tratamento: Dosagem: _____ng/dL Data: ___/ ___/ ___	Depois do tratamento: Dosagem:_____ng/dL Data: ___/ ___/ ___
( ) Tomografia Computadorizada de abdome Data: ___/ ___/ ___; ou ( ) Ressonância Magnética de abdome Data: ___/ ___/ ___	
Tratamento prévio: ( ) Medicamento de uso oral ou parenteral; Especificar:_____ ( ) quimioembolização ( ) radioembolização ( ) radioterapia	
Para comprovação do diagnóstico: cópia dos resultados dos exames de dosagem de alfafetoproteína realizados antes e depois do tratamento, essa última, com resultado de até 500 ng/dL, cópia do laudo de tomografia computadorizada (TC) de abdome ou cópia do laudo de Ressonância Magnética realizados 3 (três) meses após o tratamento. Para seguimento: Durante o período em lista de espera, o paciente deverá realizar estadiamento abdominal com TC de abdome ou ressonância magnética de abdome, trifásicas a cada 6 (seis) meses e realizar estadiamento com TC de tórax a cada 6 (seis) meses. Pacientes com downstaging cirúrgico se houver recorrência do CHC em até 24 (vinte e quatro) meses que tenha sido realizado dentro dos critérios de Milão. Consideram-se os seguintes métodos terapêuticos admissíveis para downstaging de hepatocarcinoma: medicamentos de uso oral ou parenteral com efeito sobre o tumor, quimioembolização ou radioembolização e radioterapia. Recomendado o estadiamento pelo método Modified Response Evaluation Criteria In Solid Tumors – mRECIST, os pacientes devem ser avaliados por métodos de imagem após 60 (sessenta) dias. Para tumores com imagem radiológica atípica, a avaliação após tratamento deverá ser realizada pelo RECIST.	
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).