MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	**Formulário de solicitação de situação especial - Colangites de repetição**	SUS

Dados do candidato a transplante	
Nome:	RICT:
Data de nascimento:	
Hospital:	
Serviço de Transplante Hepático:	
Cidade / Estado:	
Data da solicitação da inclusão como situação especial: ____/____/____.	

Questionário	
Causa da doença hepática:	
Carcinoma hepatocelular ou outras neoplasias malignas foram excluídas? ( ) Sim ( ) Não	
Exames de Laboratório (até 30 dias) Data: ____/_____/_____	
BT:	Creatinina:
INR:	Sódio sérico:
Candidato(a) a: ( ) Transplante ( ) Retransplante Data do transplante anterior:____/_____/_____	
Desnutrição (indicar critério de avaliação utilizado)? ( ) Sim ( ) Não Critério: _____	
Datas dos episódios de colangite aguda (nos últimos 6 meses): Data: ____/____/____ Data: ____/____/____ Data: ____/____/____ Data: ____/____/____	
Complicações desenvolvidas em cada episódio (anotar data do episódio): ( ) Abscesso hepático Data: ____/____/____ ( ) Choque séptico Data: ____/____/____	
Hemocultura positiva (informar data, agente e antibiograma)? ( ) Sim ( ) Não	
Número e duração das admissões nos últimos 6 meses: ( ) Em enfermaria. Data do episódio: ____/____/____ ( ) Em pronto-socorro. Data do episódio____/____/____ ( ) Em unidade de tratamento intensivo. Data do episódio: ____/____/____	
Tratamentos realizados em cada episódio (clínicos, endoscópicos, percutâneos e/ou cirúrgicos) Tratamento: _____ Data: ____/____/____ Tratamento: _____ Data: ____/____/____ Tratamento: _____ Data:_____/____/____	

MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	**Formulário de solicitação de situação especial - Colangites de repetição**	SUS

Tratamento: _____ Data: ____/____/____

Requisitos para comprovação do agravo:

- Relatório médico com diagnóstico da doença de base, especificando todos os tipos de tratamento realizados;
- Enviar relatório detalhado do caso, com documentos comprobatórios das informações prestadas (resumos de internação, laudos de exames laboratoriais e de imagem, etc.)

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).