MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	**Solicitação de situação especial – Encefalopatia Hepática**	SUS

Dados do candidato a transplante	
Paciente:	**RICT:**
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:____/____/____	
Tipo de encefalopatia: ( ) Encefalopatia episódica ( ) Encefalopatia persistente	
Síndrome extrapiramidal: ( ) Sim ( ) Não	
Datas dos episódios (nos últimos 6 meses): Data: ____/_____/_____ Data____/_____/_____ Data: ____/_____/_____ Data: ____/_____/_____	
Indicar gravidade (Critérios de *West Haven*) Data: ____/_____/_____ ( ) 0) Ausência de alterações clínicas (sem anormalidades de personalidade ou comportamento). ( ) 1) Períodos insignificantes de comprometimento da consciência. déficits de atenção; dificuldade para somar ou subtrair; sonolência excessiva, insônia ou inversão do padrão de sono; euforia ou depressão (mais comumente o último). ( ) 2) Letargia ou apatia; desorientação; comportamento inadequado; comprometimento da fala. ( ) 3) Rebaixamento importante do nível de consciência, estupor. ( ) 4) Coma.	
Houve fatores desencadeantes? (Hemorragia? Infecção? Diuréticos? Outros?) ( ) Sim ( ) Não	

Número e duração das admissões nos últimos 6 meses:

( ) Em pronto-socorro	( ) Em enfermaria	( ) Em Unidade de Terapia Intensiva
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	**Solicitação de situação especial – Encefalopatia Hepática**	SUS

Shunt portossistêmico espontâneo? ( ) Sim ( ) Não
Shunt portossistêmico cirúrgico ou TIPS? ( ) Sim ( ) Não
Relatório médico com diagnóstico da doença de base, especificando todos os tipos de tratamento realizados; Enviar relatório detalhado, acompanhado de avaliação de neurologista, com documentos comprobatórios das informações prestadas (resumos de internações, laudos de exames laboratorias e de imagem, etc.). Quando disponível, anexar avaliação psicológica onde conste ferramentas para avaliação de qualidade de vida.

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).