| | | |
|---|---|---|
| MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES | **Solicitação de situação especial- Prurido incapacitante** | SUS |

| **Dados do candidato a transplante** | |
|---|---|
| Nome: | RICT: |
| Hospital: | |
| Equipe: | |
| 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<br>Critério: _____ | |
| Desordens do sono? ( ) Sim ( ) Não | |
| **Obstrução biliar:**<br>( ) Sim Local da obstrução: _____<br>( ) Não Justifique a causa do prurido: _____ | |
| **Tratamento endoscópico**<br>( ) Sim Qual procedimento? _____,Data: ____/____/____<br>( ) Não | |
| **Tratamento radiológico**<br>( ) Sim Qual procedimento? _____ Data: ____/____/____<br>( ) Não | |
| **Tratamento cirúrgico?**<br>( ) Sim Qual procedimento? _____ Data: ____/____/____<br>( ) Não | |
| **Tratamentos medicamentosos?**<br>( ) Ácido ursodesoxicólico<br>Data de início: ____/____/____. Data de suspensão: ____/____/____<br><br>( ) Colestiramina<br>Data de início: ____/____/____. Data de suspensão: ____/____/____ | |

( ) Rifampicina

Data de início: ____/____/____. Data de suspensão: ____/____/____

( ) Sertralina

Data de início: ____/____/____. Data de suspensão: ____/____/____

( ) Naltrexona

Data de início: ____/____/____. Data de suspensão: ____/____/____

Diálise com albumina/plasmaferese? ( ) Sim ( ) Não

**Requisitos para comprovação do agravo:**

- Relatório médico com diagnóstico da doença de base, especificando todos os tipos de tratamento realizados;
- Formulário escore da qualidade de vida (escore tenha 50% marcado com muito ou muitíssimo);
- Cópia de parecer detalhado de psicólogo ou psiquiatra;
- Fotografia de frente e costas mostrando as lesões, com o devido cuidado para preservar a identidade e intimidade do paciente).

**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).