MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	**Formulário de solicitação de situação especial – Síndrome hepatopulmonar**	SUS

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

Questionário	
Gasometria arterial realizada em ar ambiente **(anexar exames)**	
Data: ___/ ___/ ___ Valor pH:_____ Valor PaO_2:_____ mmHg Valor $PaCO_2$:_____ mmHg Valor HCO_3:_____ mEq/L Valor SaO_2:_____ %	Data: ___/ ___/ ___ Valor pH:_____ Valor PaO_2:_____ mmHg Valor $PaCO_2$:_____ mmHg Valor HCO_3:_____ mEq/L Valor SaO_2:_____ %
Descompensação grave da cirrose ( ) Sim ( )Não	
Hemorragia digestiva alta ( ) Sim ( )Não	
Síndrome hepatorrenal ( ) Sim ( )Não	
Infecções sistêmicas ou pulmonares ( ) Sim ( )Não	
Laudo de exame de imagem que demonstre dilatação vascular intrapulmonar: Data: ___/ ___/ ___ ( ) ecocardiograma com microbolhas; ou ( ) cintilografia com albumina marcada; ou ( ) arteriografia.	

MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	**Formulário de solicitação de situação especial – Síndrome hepatopulmonar**	SUS

Exames: ( ) Tomografia de tórax Data: ___/ ___/ ___ ( ) Espirometria Data: ___/ ___/ ___
( ) Relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que demonstrem ausência de alterações pulmonares que tenham o potencial de reduzir a PaO2.
Para comprovação do diagnóstico: resultado da gasometria arterial em ar ambiente com PaO2 < 60mmHg, em dois exames realizados em datas diferentes nos últimos 6 (seis) meses, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias e na ausência de descompensação grave da cirrose, hemorragia digestiva alta, síndrome hepatorrenal, infecções sistêmicas ou pulmonares; laudo de exame de imagem que demonstre dilatação vascular intrapulmonar (ecocardiograma com microbolhas ou cintilografia com albumina marcada ou arteriografia); relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que demonstrem ausência de alterações pulmonares que tenham o potencial de reduzir a PaO2; Para seguimento: tomografia computadorizada de tórax e espirometria realizadas nos últimos 6 (seis) meses.

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).