



## PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA PRÉ-TRANSPLANTE CARDÍACO

### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- DISFUNÇÃO VENTRICULAR AVANÇADA, CLASSE FUNCIONAL LLL OU IV (NYHA) APESAR DA TERAPÊUTICA CLÍNICA OTIMIZADA.
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA REFRACTÁRIA DEPENDENTE DO USO DE DROGAS INOTRÓPICAS E/OU SUPORTE CIRCULATÓRIO (BALÃO INTRA-AÓRTICO, DISPOSITIVOS DE ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA IMPLANTÁVEIS OU EXTRACORPÓREOS) E/OU VENTILAÇÃO MECÂNICA.
- DOENÇA ISQUÊMICA DO MIOCÁRDIO COM ANGINA REFRACTÁRIA SEM POSSIBILIDADE DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO.
- ARRITMIAS VENTRICULARES REFRACTÁRIAS AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO, CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL OU CIRURGIA.
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA TERMINAL DE ETIOLOGIA CHAGÁSICA, PÓS-PARTO, MIOCARDITES, DEFEITOS CONGÊNITOS E NECESSIDADE DE RETRANSPLANTE CARDÍACO.

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ DESCREVER HISTÓRIA CLÍNICA COMPLETA, COM QUADRO CLÍNICO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA DE FORMA DETALHADA ASSIM COMO OS ACHADOS DE EXAME FÍSICO.
- ✓ INFORMAR PRESENÇA DE COMORBIDADES E MEDICAÇÕES EM USO.
- ✓ DESCREVER OS EXAMES QUE EVENTUALMENTE JÁ FORAM REALIZADOS (COM DATA DO EXAME): ECOCARDIOGRAMA, CINEANGIOCORONARIOGRAFIA E/OU ANGIOPLASTIAS REALIZADAS, HOLTER, ESPIROMETRIA, TOMOGRAFIAS E RESSONÂNCIAS.
- ✓ PARA OS PORTADORES DE MARCAPASSO, DESCREVER DATA DE COLOCAÇÃO E MODELO DO DISPOSITIVO.
- ✓ DESCREVER CIRURGIAS CARDÍACAS PRÉVIAS COM DATA DE REALIZAÇÃO.

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ MÉDICOS INTENSIVISTAS, CARDIOLOGISTAS

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>VERMELHO</b>	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA REFRACTÁRIA DEPENDENTE DO USO DE DROGAS INOTRÓPICAS ENDOVENOSAS E/OU SUPORTE CIRCULATÓRIO (BALÃO INTRA-AÓRTICO, DISPOSITIVOS DE ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA IMPLANTÁVEIS OU EXTRACORPÓREOS) E/OU VENTILAÇÃO MECÂNICA.
<b>AMARELO</b>	DEMAIS CASOS.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

## PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA PÓS-TRANSPLANTE CARDÍACO



---

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- PACIENTE COM TRANSPLANTE CARDÍACO VINDO RECENTEMENTE PARA O ESTADO DE SANTA CATARINA.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ DESCREVER HISTÓRIA CLÍNICA COMPLETA, COM QUADRO CLÍNICO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA DE FORMA DETALHADA ASSIM COMO OS ACHADOS DE EXAME FÍSICO.
- ✓ INFORMAR PRESENÇA DE COMORBIDADES E MEDICAÇÕES EM USO.
- ✓ DESCREVER OS EXAMES QUE EVENTUALMENTE JÁ FORAM REALIZADOS (COM DATA DO EXAME): ECOCARDIOGRAMA, USG, EDA, EXAMES LABORATORIAIS.
- ✓ DESCREVER TODAS AS CIRURGIAS CARDÍACAS REALIZADAS COM DATA DE REALIZAÇÃO, INCLUINDO A DATA DE REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE E LOCAL DE REALIZAÇÃO.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALISTAS.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	TODOS OS CASOS
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

---



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Terceira Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco, disponível no link  
<https://www.scielo.br/j/abc/a/MqFZwqWW8jy9bQWKJsHSHNn/?lang=pt>

Protocolo Transplante Cardíaco Hospital de Clínicas da UNICAMP, disponível no link  
[https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/tx\\_cardiaco.pdf](https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/tx_cardiaco.pdf)

Revisão Transplante Cardíaco <https://journal.einstein.br/pt-br/article/transplante-cardiaco-revisao/>



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

**COLABORADORES:**

---

Dr. Guilherme Loureiro Fialho  
Médico Cardiologista - CERA/GERAM  
CRM/SC 9014

---

Dra Karla Rosana de Oliveira  
Coordenadora Médica CERA/GERAM  
CRM/SC 14398

---

Dr. Ramon Tartari  
Superintendente de Serviços  
Especializados e Regulação

---

Dra Juliana Vieira Gomes  
Coordenadora Médica GERAM  
CRM/SC 14923