



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:

VERMELHO	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.
AMARELO	DEMAIS CASOS.
VERDE	
AZUL	

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:

VERMELHO	TODOS OS CASOS
AMARELO	
VERDE	
AZUL	



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

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 Regulador GERAM - CRM/SC 9014
- Dra. Karla Rosana - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 14398
- Dra. Juliana Vieira Gomes - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 5211
- Dr. Ramon Tartari - Superintendente de Serviços Especializados e Regulação