



Hospital de Messejana  
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

**ESTADO DO CEARÁ - SECRETARIA DE SAÚDE**

**HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES**

**CENTRAL DE TRANSPLANTES DO CEARÁ**

**Av. Frei Cirilo, 3480 – Cajazeiras –Messejana(Ceará) – CEP.: 60.846-190.**

**Fone: (85) 3101.4064 - Email: [tx.pulmonar@hm.ce.gov.br](mailto:tx.pulmonar@hm.ce.gov.br)**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS E INDISPENSÁVEIS AO ENCAMINHAMENTO DE  
PACIENTES PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPLANTE DE PULMÃO NO HOSPITAL  
DE MESSEJANA-CE**

- 1. ENCAMINHAMENTO DO MÉDICO ASSISTENTE AO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE PULMÃO DO CEARÁ;**
- 2. RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DA UNIDADE QUE ESTEJA ACOMPANHANDO O PACIENTE A SER ENCAMINHADO (somente para pacientes fora do Estado do Ceará) 220612/ 150213**

**3.**

Laboratório	Hemograma, ureia, creatinina, clearance de creatinina, eletrólitos, coagulograma, perfil hepático, glicemia e hemoglobina glicada, gasometria arterial.
Sorologias	HIV, Hepatites B e C.
Cardiológico	ECG, Ecocardiograma.
Imagem	Rx de tórax PA e Perfil, Tomografia de Tórax.
Funcional	Prova de função pulmonar, Teste de Caminhada de 6 minutos.
Microbiológico	Culturas de escarro (BK e aeróbia).

- 4. O PACIENTE DEVERÁ TER IDADE MAIOR QUE 18 ANOS (COMPLETOS) E MENOR QUE 65 ANOS, COM DOENÇA NÃO NEOPLÁSICA (EXCEÇÃO DE CA (CÂNCER) DE PELE CURADA HÁ MAIS DE CINCO ANOS), SEM COMORBIDADES GRAVES COMO CARDIOPATIAS OU OUTRAS QUE POSSAM CONTRAINDICAR A CIRURGIA.**
- 5. CÓPIA DOS DOCUMENTOS BÁSICOS DO PACIENTE (enviados por SEDEX) ou ESCANEADO e ENVIADO POR E-MAIL ao [tx.pulmonar@hm.ce.gov.br](mailto:tx.pulmonar@hm.ce.gov.br)**
- 6. AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA COMPLETA COM MAMOGRAFIA E LAUDO MÉDICO, CASO SEXO FEMININO;**
- 7. AVALIAÇÃO UROLÓGICA COMPLETA, COM LAUDO MÉDICO, CASO SEXO MASCULINO.**
- 8. TFD – RELATÓRIO SOCIAL – CONTATO PRÉVIO DO SERVIÇO SOCIAL, ENVIADOS POR FAX OU EMAIL.**
- 9. A AVALIAÇÃO DO PACIENTE PODE SER AGENDADA CONOSCO, ATRAVÉS DO TELEFONE: (85) 3101.4064 OU DO E-MAIL: [tx.pulmonar@hm.ce.gov.br](mailto:tx.pulmonar@hm.ce.gov.br)**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Data do encaminhamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- **Deverá somente ser preenchido pelo médico, carimbado e assinado.**
- **Para o paciente ser encaminhado, todos os campos abaixo deverão ser preenchidos.**

Doença pulmonar crônica com tratamento otimizado?	SIM ( )	( ) NÃO
Idade < 60 anos?	SIM ( )	( ) NÃO
História prévia de neoplasia? Qual? _____ Há quanto tempo? anos	SIM ( )	( ) NÃO
Fração de Ejeção VE > 50%?	SIM ( )	( ) NÃO
PSAP > 40 mmHg?	SIM ( )	( ) NÃO
Clearence de creatinina > 60 ml/min?	SIM ( )	( ) NÃO
Ausência de disfunção orgânica extrapulmonar intratável (cardíaca, cerebral, hepática) suspeitada e/ou confirmada?	SIM ( )	( ) NÃO
Sorologia para HIV negativa?	SIM ( )	( ) NÃO
Ausência de distúrbio de coagulação?	SIM ( )	( ) NÃO
Atualmente em condições de avaliação ambulatorial?	SIM ( )	( ) NÃO
IMC entre 17 e 30? Peso _____Kg Altura _____ m	SIM ( )	( ) NÃO
Capacidade de realizar teste de caminhada?	SIM ( )	( ) NÃO
Aderência ao tratamento?	SIM ( )	( ) NÃO
Abstinência ao tabaco há mais de 6 meses?	SIM ( )	( ) NÃO
Abstinência de álcool e outras substâncias psicoativas há mais de 6 meses?	SIM ( )	( ) NÃO
Cirurgia torácica prévia? Qual? _____	SIM ( )	( ) NÃO
Tratamento prévio para qualquer Micobacterium ou fungo? Qual? _____	SIM ( )	( ) NÃO
Regularização via Tratamento Fora de Domicílio (TFD)	SIM ( )	( ) NÃO

Médico Responsável pelo encaminhamento

---

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato (85) 3101-4064.



**Hospital de Messejana**  
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**SERVIÇO SOCIAL**

---

**Para pacientes em Tratamento Fora de Domicílio**

**Solicitamos, gentilmente ao Serviço Social que envie Relatório Social contemplando:**

1. Identificação do paciente
2. Situação educacional/ sócio econômica /ocupacional /habitacional do mesmo
3. Identificação do cuidador e de seu vínculo com o paciente
4. Dinâmica familiar
5. Dados referentes à visita domiciliar
6. Encaminhamento TFD

**Ressaltamos a importância da emissão do referido documento para subsidiar o estudo social e viabilizar o atendimento.**

**Telefones para contato: 85 – 3101.4133 – Serviço Social / 85 – 3101.4064 –  
Coordenação de Transplante Pulmonar**