



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9149 - FAX +55 (48) 3721-9014

CHECK LIST PARA REALIZAÇÃO DE QUIMIOEMBOLIZAÇÃO

NOME: _____
REGISTRO: _____ IDADE: _____ ANOS (DN: ___/___/___)
TELEFONE: _____
CIRROSE: () SIM () NÃO ETIOLOGIA: _____
ASCITE: () SIM () NÃO EH: () SIM () NÃO
TROMBOSE PORTAL () SIM () NÃO → SE SIM: TUMORAL () SIM () NÃO
CHILD: _____ (_____ PONTOS) MELD: _____
COMORBIDADES: _____
MEDICAÇÕES: _____

INDICAÇÃO: () DOWNSTAGING () PALIATIVO () PONTE

QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PRÉVIA () SIM () NÃO

(___/___/___): _____
(___/___/___): _____
(___/___/___): _____

EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES LABORATORIAIS (___/___/___)

HB ___ HT ___ VCM ___ LEUCO ___ NEUT ___ LINF ___ PLAQUETAS ___
AST ___ ALT ___ FA ___ GGT ___ BIL TOTAL ___ BIL DIRETA ___ RNI ___
ALB ___ AFP ___ CREA ___ URE ___ NA ___ K ___

TC TÓRAX (___/___/___): _____

AValiação PNEUMO () SIM () NÃO _____

CINTILOGRAFIA ÓSSEA (___/___/___): _____

TC ABDOME (___/___/___): _____

RNM ABDOME (___/___/___): _____
