



SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO

Espaço destinado à etiqueta de identificação do paciente

PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL. PEDIDOS INCOMPLETOS OU RASURADOS NÃO SERÃO ATENDIDOS.	COLETA DA AMOSTRA PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS:	Nº DE REGISTRO: _____
	DATA: ___/___/___ HORA: _____ RESPONSÁVEL: _____	
	RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO E DA AMOSTRA: DATA: ___/___/___ HORA: _____ RESPONSÁVEL: _____	

Paciente: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: M F Peso: _____ kg

Hospital: _____ Leito: _____ Convênio: _____

Nome da mãe: _____ Telefones: _____

Indicação da transfusão/diagnóstico: _____

Já foi transfundido: não sim. Data: ___/___/___ História de gestações: G ___ p ___ a ___

Reação transfusional prévia: não sim. Qual? _____

Exames : hemoglobina: _____ g/dl plaquetas: _____/mm³ Alteração em exame de coagulação: não sim. Qual: _____

TIPO DE TRANSFUÇÃO

PROGRAMADA. Data: ___/___/___ Hora: ____ : ____
 ROTINA (EM ATÉ 24h) URGÊNCIA (EM ATÉ 3h) EMERGÊNCIA (RETARDO DA TRANSFUÇÃO ACARRETA RISCO À VIDA)

OBSERVAÇÕES: _____

ESPECIFICAÇÕES DA HEMOTERAPIA

PRODUTO	Nº DE UNIDADES OU VOLUME (mL)	PROCESSO DE MODIFICAÇÃO A SER REALIZADO NO HEMOCOMPONENTE
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (ml)		<input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação <input type="checkbox"/> lavagem
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO CONGELADO (ml)		
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS (U)		<input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPTADO (U)		
<input type="checkbox"/> SANGRIA TERAPÉUTICA (ml)		
<input type="checkbox"/> TRANSFUÇÃO AUTÓLOGA (ml)		

JUSTIFICATIVA PARA UTILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE DESLEUCOCITADO/ IRRADIADO/ FENOTIPADO/ LAVADO:

O médico responsável declara conhecer os riscos e benefícios da hemotransfusão, e que o paciente e/ou seu responsável está ciente de sua indicação.

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE (LEGÍVEL) + CRM + ASSINATURA OU CARIMBO (LEGÍVEL) + ASSINATURA	:	Data: ___/___/___ Hora: ____ : ____
---	---	--

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUÇÃO DE EMERGÊNCIA

Autorizo ao serviço de hemoterapia o fornecimento de concentrado de hemácias em caráter de emergência para o (a) paciente acima identificado antes da conclusão dos testes pré-transfusoriais, pois o retardo da transfusão pode acarretar risco à vida do (a) mesmo (a). Estou ciente que, eventualmente, o paciente poderá desenvolver hemólise, e suas consequências, por não ter sido possível realizar previamente a prova de compatibilidade e a pesquisa de anticorpos irregulares. Conforme legislação vigente, afirmo conhecer o risco de tal procedimento e concordo com a realização do mesmo.

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE (LEGÍVEL) + CRM + ASSINATURA OU CARIMBO (LEGÍVEL) + ASSINATURA	:	Data: ___/___/___ Hora: ____ : ____
---	---	--