

 HEMORGS	<b>FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	<b>Revisão 00</b> Página 1 de 4

SERVIÇO DE SAÚDE:				TELEFONE:	
<b>DADOS DO PACIENTE</b>					
NOME COMPLETO:					
DATA DE NASCIMENTO:				NOTIVISA:	
Nº PRONTUÁRIO				SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:					
INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:					
TRANSFUSÕES PRÉVIAS: <input type="checkbox"/> ATÉ 5 DIAS <input type="checkbox"/> ENTRE 5 E 10 DIAS <input type="checkbox"/> ENTRE 10 E 20 DIAS <input type="checkbox"/> MAIS DE 20 DIAS <input type="checkbox"/> NÃO HOUVE <input type="checkbox"/> IGNORADO					
DATA E HORÁRIO DA TRANSFUSÃO:			DATA E HORÁRIO DA REAÇÃO:		
<b>SINAIS VITAIS</b>					
<b>PRÉ-TRANSFUSIONAIS</b>	P.A.:	TEMPERATURA:	PULSO:	FREQUÊNCIA RESP.:	SAT. O <sub>2</sub> :
<b>PÓS-TRANSFUSIONAIS</b>	P.A.:	TEMPERATURA:	PULSO:	FREQUÊNCIA RESP.:	SAT. O <sub>2</sub> :
<b>DADOS DA TRANSFUSÃO</b>					
HISTÓRIA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS PRÉVIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO					
HEMOCOMPONENTE	Nº DOAÇÃO		VOLUME		
			PRESCRITO:	INFUNDIDO:	
<b>REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>					
<b>IMEDIATA (ATÉ 24HS)</b>				<b>TARDIA (APÓS 24HS)</b>	
<input type="checkbox"/> REAÇÃO HEMOLÍTICA AGUDA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> REAÇÃO HEMOLÍTICA TARDIA	
<input type="checkbox"/> REAÇÃO FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO	
<input type="checkbox"/> REAÇÃO ALÉRGICA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> ALOIMUNIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> SOBRECARGA VOLÊMICA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> PÚRPURA PÓS TRANSFUSIONAL	
<input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO BACTERIANA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> OUTRA (ESPECIFICAR):	
<input type="checkbox"/> EDEMA PULMONAR NÃO CARDIOGÊNICO	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE				
<input type="checkbox"/> REAÇÃO HIPOTENSIVA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE				
<input type="checkbox"/> HEMÓLISE NÃO IMUNE	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA ASSOCIADA À TRANSFUSÃO	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE				
<input type="checkbox"/> DISTÚRPIO METABÓLICO	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE				
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:			ASSINATURA/CARIMBO:		

	<b>FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	<b>Revisão 00</b> Página 2 de 4
---	--	--

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA REAÇÃO TRANSFUSIONAL			
<input type="checkbox"/> CALAFRIOS	<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> ERITEMA	
<input type="checkbox"/> NÁUSEAS	<input type="checkbox"/> CIANOSE	<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINÚRIA	
<input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> CIVD	<input type="checkbox"/> ICTERÍCIA	
<input type="checkbox"/> DOR LOMBAR	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> URTICÁRIA	
<input type="checkbox"/> DOR MMII	<input type="checkbox"/> EDEMA AGUDO DE PULMÃO (TRALI)	<input type="checkbox"/> VÔMITOS	
<input type="checkbox"/> DOR MMSS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA	
<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> PRURIDO	<input type="checkbox"/> OUTROS:	
OBSERVAÇÕES:			
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:		ASSINATURA/CARIMBO:	
CONDUTA CLÍNICA ADOTADA			
PROVAS IMUNOHEMATOLÓGICAS			
ANÁLISES NA AMOSTRA DO PACIENTE	PRÉ-TRANSFUSIONAL	PÓS-TRANSFUSIONAL	
ABO/Rh			
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES			
PROVA DE COMPATIBILIDADE			
COOMBS DIRETO			
ANTICORPOS IDENTIFICADOS			
ANÁLISE DO HEMOCOMPONENTE			
TIPAGEM	ABO:	Rh:	
TESTE DE HEMÓLISE	<input type="checkbox"/> VISUAL	<input type="checkbox"/> COLORIMÉTRICO	
INSPEÇÃO VISUAL DA BOLSA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADA
ANORMALIDADE (se houver):			
RESPONSÁVEL:	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:	HORA:

 HEMORGS	<b>FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	<b>Revisão</b> <b>00</b>
		Página 3 de 4

RESULTADOS LABORATORIAIS DO PACIENTE			
<input type="checkbox"/> BILIRRUBINA DIRETA:	<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA:	<input type="checkbox"/> LDH:	
<input type="checkbox"/> BILIRRUBINA INDIRETA:	<input type="checkbox"/> HEMATÓCRITO:	<input type="checkbox"/> FIBRINOGÊNIO:	
<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINÚRIA:	<input type="checkbox"/> NÃO HÁ REGISTRO DE REALIZAÇÃO DE NENHUM DOS TESTES ACIMA		
HEMOCULTURA DO PACIENTE			
<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA		MICROORGANISMO:	
<b>EM USO DE ANTIBIÓTICO</b>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MICROORGANISMO:	
HEMOCULTURA DO HEMOCOMPONENTE			
<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA		MICROORGANISMO:	
RESPONSÁVEL:	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:	HORA:
PREENCHIMENTO PELO MÉDICO			
<b>GRAU DE CORRELAÇÃO COM A TRANSFUÇÃO:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div> <input type="checkbox"/> CONFIRMADA  <input type="checkbox"/> DESCARTADA  <input type="checkbox"/> IMPROVÁVEL         </div> <div> <input type="checkbox"/> PROVÁVEL  <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVA  <input type="checkbox"/> POSSÍVEL         </div> </div>			
REAÇÃO TRANSFUSIONAL			
IMEDIATA (ATÉ 24HS)		TARDIA (APÓS 24HS)	
<input type="checkbox"/> REAÇÃO HEMOLÍTICA AGUDA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> REAÇÃO HEMOLÍTICA TARDIA	
<input type="checkbox"/> REAÇÃO FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO	
<input type="checkbox"/> REAÇÃO ALÉRGICA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> ALOIMUNIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> SOBRECARGA VOLÊMICA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> PÚRPURA PÓS TRANSFUSIONAL	
<input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO BACTERIANA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> OUTRA (ESPECIFICAR):	
<input type="checkbox"/> EDEMA PULMONAR NÃO CARDIOGÊNICO	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE		
<input type="checkbox"/> REAÇÃO HIPOTENSIVA	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE		
<input type="checkbox"/> HEMÓLISE NÃO IMUNE	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA ASSOCIADA À TRANSFUÇÃO	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE		
<input type="checkbox"/> DISTÚRPIO METABÓLICO	<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> GRAVE		
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:		ASSINATURA/CARIMBO:	
<b>Obs.: A investigação das reações transfusionais é de responsabilidade do serviço que realiza a transfusão</b>			



**FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO  
DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL**

**Revisão**  
**00**  
Página 4 de 4

**CONDUTA CLÍNICA ADOTADA**

MÉDICO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA/CARIMBO: