

## Check List Sangria Terapêutica

### DADOS DO PACIENTE

Nome:

SPP:

Leito:

Data:

### Itens a serem checados

#### Enfermagem

|                                      |              |          |   |
|--------------------------------------|--------------|----------|---|
| Sinais Vitais <b>Início</b>          | Temperatura: | Pressão: | ( )                                     |
|                                      | FC:          | FR:      |   |
| Sinais Vitais <b>durante Sangria</b> | Temperatura: | Pressão: | ( )                                     |
|                                      | FC:          | FR:      |   |
| Sinais Vitais <b>Término Sangria</b> | Temperatura: | Pressão: | ( )                                     |
|                                      | FC:          | FR:      |   |
| Horário de Início:                   | _____:       | _____    | ( )                                     |
| Horário Término:                     | _____:       | _____    | ( )                                     |
| Volume total retirado:               |              |          | ( )                                     |
| Reação Adversa?                      | ( ) SIM      | ( ) NÃO  | ( )                                     |
| Observações:                         |              |          | Assinatura e carimbo do<br>enfermeiro/a |

Observações:

1. Anexar esse formulário do prontuário do paciente
2. As bolsas de sangria utilizadas devem ser descartadas logo após o término do procedimento na Agência Transfusional em lixeiras de material infectante (lixo laranja).