**Check List Instalação de Hemocomponentes**

|  |
| --- |
| **DADOS DO PACIENTE** |
| Nome: |
| SPP: Leito: Data: |
| **PRÉ TRANSFUSÃO** |

Itens a serem checados **Agência Transfusional Enfermagem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hemocomponente | ( ) CHAD ( ) PLASMA  ( ) PLAQUETAS ( ) CRIO | ( ) | ( ) |
| **Bolsa nº:**  Volume: Validade: | | ( ) | ( ) |
| Sinais Vitais ***Início*** | Temperatura: Pressão:  FC: FR: | ( ) | ( ) |
| Sinais Vitais ***após 10 minutos*** | Temperatura: Pressão:  FC: FR: | ( ) | ( ) |
| ABO/Rh PACIENTE |  | ( ) | ( ) |
| ABO/Rh BOLSA |  | ( ) | ( ) |
| Acesso venoso | ( ) Central ( ) Periférico | ( ) | ( ) |
| Horário de Início: | \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ | ( ) | ( ) |
| Responsáveis pelo Check List Assinatura e carimbo | |  | |
| Observações Agência Transfusional | |

|  |
| --- |
| **PÓS TRANSFUSÃO** |

Itens a serem checados **Agência Transfusional Enfermagem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Horário Término: | \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ | ( ) | ( ) |
| Sinais Vitais | Temperatura: Pressão:  FC: FR: | ( ) | ( ) |
| Volume total infundido? | ( ) SIM ( ) NÃO | ( ) | ( ) |
| Reação Adversa à transfusão? | ( ) SIM ( ) NÃO | ( ) | ( ) |
| Se SIM quais Reações? | ( ) Febre ( ) Calafrio ( ) Dor toráxica/lombar  ( ) Dor local da infusão ( ) Sangramento anormal ( ) Cefaléia ( ) Náuseas/vômitos  ( ) Dispnéia/sibilos/tosse/cianose  ( ) Pápulas/exantemas ( ) Prurido | ( ) | ( ) |
| Responsáveis pelo Check List Assinatura e carimbo | |  | |

Observações:

1. A infusão deverá ser realizada, preferencialmente, em acesso EXCLUSIVO e não deverá ultrapassar 4h no caso de Chad, plaquetas em 30min.
2. Na ocorrência de reação adversa durante a infusão: suspender imediatamente e comunicar o médico de plantão e deverá informar a reação à AgênciaTransfusional.