|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE** | | | |
| Nome: | | Registro: | Leito: |
| Nome da mãe: | | Diagnóstico: | |
| Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ | Sexo: ( ) F ( ) M |
| Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda  ( ) Indígena ( ) Amarelo | | Indicação da Transfusão: | |
| Transfusões anteriores?  ( ) Não ( ) Sem informação ( ) Sim Última:\_\_/\_\_/\_\_ | | Já fez reação Transfusional antes?  ( ) Não ( ) Sem informação ( ) Sim Ultima:\_\_/\_\_/\_\_ | |

|  |
| --- |
| **DADOS DA TRANSFUSÃO** |
| Tipo de transfusão: ( ) Alogênica ( ) Autóloga |
| Indicação da Transfusão: |
| Unidade (setor) onde ocorreu a transfusão: |

|  |  |
| --- | --- |
| **HEMOCOMPONENTE RELACIONADAS À REAÇÃO** | |
| Data da transfusão: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |
| Tipo de hemocomponente: | ABO/Rh: |
| Número de hemocomponente: | |
| Nome da Instituição produtora do hemocomponente: | Número do CNES da instituição produtora: |
| Qualificação do hemocomponente:  ( ) Aliquotado  ( ) Com adição de solução preservadora  ( ) Desleucocitado na beira do leito  ( ) Desleucocitado na bancada  ( ) Irradiado | ( ) Lavado  ( ) Pool de buffy coats  ( ) Pool de randômicas  ( ) Por aférese  ( ) Randômicas  ( ) Sem buffy coat |

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE REAÇÃO** | |
| **(\_\_\_\_) Reação imediata**  ( ) Febril não hemolítica  ( ) Alérgica  ( ) Anafilática  ( ) Contaminação bacteriana  ( ) Hemolítica aguda imunológica  ( ) Edema pulmonar não cardiogênico/TRALI  ( ) Hemolítica aguda não imune  ( ) Hipotensiva  ( ) Sobrecarga volêmica  ( ) Outras reações imediatas  Descrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **(\_\_\_\_) Reação tardia**  ( ) Reação Hemolítica tardia  ( ) Púrpura Pós-transfusional  ( ) Doença do Enxerto versus hospedeiro associada à transfusão  ( ) Sobrecarga de ferro  ( ) Infecções Transmissíveis por transfusão  ( ) Outras reações tardias  Descrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INVESTIGAÇÃO DA REAÇÃO** | | | | | | |
| Testes de Compatibilidade na Amostra do Paciente | | | Material Utilizado | | | |
| Testes | Amostra Pré-transfusional | Amostra Pós Reação Transfusional | Material | Marca/Fab. | Lote | Validade |
| Grupo/Rh |  |  | Bolsa |  |  |  |
| PAI | ( ) Positivo  ( ) Negativo | ( ) Positivo  ( ) Negativo | Equipo |  |  |  |
| Coombs Direto | ( ) Positivo  ( ) Negativo | ( ) Positivo  ( ) Negativo | Bureta |  |  |  |
| Prova Cruzada | ( ) Compatível  ( ) Incompatível | ( ) Compatível  ( ) Incompatível | Filtro |  |  |  |
| Aspecto do Soro | ( ) Límpido  ( ) Hemolisado | ( ) Límpido  ( ) Hemolisado | Scalp |  |  |  |
| **Testes realizados no Hemocomponente** | | | Utilização de cateter?  ( ) Não ( ) Sim, Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data da colocação: \_\_/\_\_/\_\_ | | | |
| Bacteriológico ( ) Não realizado ( ) Realizado  Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Micológico ( ) Não realizado ( ) Realizado  Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Utilização de soro fisiológico? ( ) Não ( ) Sim  Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONCLUSÃO E PARACER DO RESPONSÁVEL TÉCNICO** | |
| Gravidade da reação:  (\_\_\_\_) Grau 1 - Leve - Ausência de risco à vida  (\_\_\_\_) Grau 2 - Moderada - Morbidade a longo prazo  (\_\_\_\_) Grau 3 – Grave - ameaça imediata à vida, intervenção médica obrigatória  (\_\_\_\_) Grau 4 - Óbito - morte decorrente da transfusão | Correlação da reação com a transfusão:  (\_\_\_\_) Confirmada (certeza)  (\_\_\_\_) Provável  (\_\_\_\_) Improvável  (\_\_\_\_) Descartada  (\_\_\_\_) Inconclusiva |
| Observações: | |

|  |
| --- |
| **RESPONSÁVEIS** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pelo Preenchimento Médico |