

Obrigatório a impressão, assinar e carimbar

1 cópia para Concentrados de Hemácias, Plasma Fresco e Crioprecipitados e 2 cópias de Concentrado de Plaquetas e Extrema Urgência
Não serão aceitas requisições com dados do paciente incompletos, ilegíveis, abreviados ou rasurados

PACIENTE:			DATA DE NASCIMENTO	
REGISTRO:	SETOR:	LEITO:		
SEXO:	IDADE:	PESO:	PACIENTES COM SITUAÇÕES ESPECIAIS	
DIAGNÓSTICO:			() GESTANTES () TRANSPLANTADO	
INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:			() DIALÍTICO () FALCÊMICO	
ABO/Rh:				
DATA DOS EXAMES:		HB/HT:	PLAQUETAS:	TP/TTPA/FIBRINIGÊNIO:
ANTECEDENTES TRANSFUSIONAIS: SIM () NÃO ()		REAÇÃO TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () TIPO:		

1º SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO

Preencher quantidade desejada de cada hemocomponente no campo correspondente ao tipo de transfusão para o qual se destina. Não solicitar Reserva e Extrema Urgência no mesmo pedido de transfusão.	TIPOS DE TRANSFUSÃO			
	USO			RESERVA
	ROTINA (PRAZO DE 24 HORAS)	URGÊNCIA (PRAZO DE 3 HORAS)	PROGRAMADA DATA/HORA:	DATA
HEMOCOMPONENTE				
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS () FILTRADAS () LAVADAS () IRRADIADAS () FENOTIPADAS				
CONCENTRADO DE PLAQUETAS () FILTRADAS () LAVADAS () IRRADIADAS () AFÉRESE				
PLASMA FRESCO CONGELADO				
CRIOPRECIPITADO				
DATA/HORA:	ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO:			

2º TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE RESERVA CIRÚRGICA

Autorizo a transfusão dos hemocomponentes reservados, se necessário, no intra - operatório.

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO:

ATENÇÃO:

- A indicação transfusional deve se basear na análise de exames das ultimas 24 horas.
- Para **reserva cirúrgica**, os pedidos deverão ser entregues **na AT até 48h (dias úteis)** da data do procedimento.
- Hemocomponentes **irradiados** necessitam de formulário de bolsas irradiadas e relatório médico. Hemocomponentes **lavados** necessita de relatório com justificativa (antecedência mínima de 24 horas). **Salientamos que hemocomponentes modificados, só serão liberados de segunda a sexta-feira.**

3º EMERGÊNCIA (transfusão imediata)

TERMO DE RESPONSABILIDADE		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS () ml () Unid(s)
DIANTE DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS EMERGENCIAIS DO PACIENTE, AUTORIZO E ME RESPONSABILIZO PELA TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DO MESMO, ANTES DA REALIZAÇÃO DAS PROVAS PRÉ TRANSFUSIONAIS.		
DATA/HORA:	ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO:	
ATENÇÃO:	A indicação de EMERGÊNCIA só é justificada, em situações de risco de vida iminente, quando o retardo no início da transfusão pode por em risco a sobrevivência do paciente. É recomendável o uso de hemácias O negativo. Caso não haja o tipo de sangue em estoque suficiente no serviço de hemoterapia, poderá ser usado O positivo para pacientes do sexo masculino ou de qualquer sexo com mais de 45 anos. Não existe emergência de Plasma e Crioprecipitado. * ART. 170 DA PORTARIA MS Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017.	

PARA USO EXCLUSIVO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

RECEBIMENTO	ASSINATURA	TERMO DE CONSENTIMENTO
DATA: / / HORA: : :		() SIM
		() NÃO

DADOS DA AMOSTRA

Amostra coletada: () Sim () Não Data: / / Hora: : : Coletador:

TESTES PRÉ TRANSFUSIONAIS

ABO:	RH:	PAI:	TAD:	TÉCNICO DE PATOLOGIA:		
PRODUTO	VOL	ABO/Rh	NÚMERO DA BOLSA	SEGMENTO	PC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM