

PREFEITURA DE CASTANHAL,
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
UPA 24h "GOV. ALMIR GABRIEL"
REGISTRO DE HEMOTRANSFUSÃO

NOME DO PACIENTE: _____

DATA: ____/____/____ DN: _____ NÚMERO PA: _____ CNS: _____

NOME DA MÃE: _____

Nº BOLSA:							
HEMOCOMPONENTE	DATA:	HORA INÍCIO:	TÉC ENFERMAGEM:		ENFERMEIRO:		
SINAIS VITAIS	HORA	PA:	FC:	T:	GLICEMIA:	SAT O2:	R:
INICIO DA TRANSFUSÃO							
15 MIN DE TRANSFUSÃO							
1 ^a HORA DE TRANSFUSÃO							
TERMINO DA TRANSFUSAO							
FIM DA TRANSFUSAO	DATA:	HORA TÉRMINO:	TÉC. ENFERMAGEM:		ENFERMEIRO:		
CONCLUIU TRANSFUSÃO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Caso não, por quê?						
INTERCORRÊNCIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Caso sim, por quê?				EM CASOS DE ALTERAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DURANTE HEMOTRANSFUSÃO É NECESSÁRIO A REALIZAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANFUSIONAL, CÓPIA FRENTE E VERSO DO CARTÃO DE TRANSFUSÃO, GUARDAR A BOLSA DO HEMOCOPONENTE E O EQUIPO, COLETAR 1 MOASTRA DE SANGUE E ENVIAR AO HEMOPA		

Nº BOLSA:							
HEMOCOMPONENTE	DATA:	HORA INÍCIO:	TÉC ENFERMAGEM:		ENFERMEIRO:		
SINAIS VITAIS	HORA	PA:	FC:	T:	GLICEMIA:	SAT O2:	R:
INICIO DA TRANSFUSÃO							
15 MIN DE TRANSFUSÃO							
1 ^a HORA DE TRANSFUSÃO							
TERMINO DA TRANSFUSAO							
FIM DA TRANSFUSAO	DATA:	HORA TÉRMINO:	TÉC. ENFERMAGEM:		ENFERMEIRO:		
CONCLUIU TRANSFUSÃO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Caso não, por quê?						
INTERCORRÊNCIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Caso sim, por quê?				EM CASOS DE ALTERAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DURANTE HEMOTRANSFUSÃO É NECESSÁRIO A REALIZAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANFUSIONAL, CÓPIA FRENTE E VERSO DO CARTÃO DE TRANSFUSÃO, GUARDAR A BOLSA DO HEMOCOPONENTE E O EQUIPO, COLETAR 1 MOASTRA DE SANGUE E ENVIAR AO HEMOPA		