

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Paciente (Nome completo): _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Peso: _____ Raça: _____

Hospital: _____

Registro Hosp: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

CNS/SUS.: _____ () Nº Plano de Saúde: _____ () Particular

Antecedentes de Transfusão () Não () Sim Período: _____ Local: _____

Hematócrito(Ht) _____ Hemoglobina(Hb): _____ Contagem de plaquetas: _____ TP: _____ TTPA: _____

Diagnóstico do paciente: _____

Justificativa Transfusional (detalhada): _____

Risco de Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão (TACO): () SIM () NÃO

Insuficiência Cardíaca () Insuficiência Renal () Anemia com hemoglobina(Hb) $\leq 5,0$ () Hipoalbuminemia/ gestação ()

Extremos de idade/peso: Abaixo de 3 anos () Adultos com idade acima de 60 anos ()

COMPONENTES SANGÜÍNEOS	UNIDADE / VOLUME (ml)
Concentrado de Hemácias	
Concentrado de Plaquetas	
Plasma Fresco Congelado	
Outros	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	
() Leucorredução por filtração (remoção de leucócitos em 99,99% / redução de leucócitos no produto final a $<5 \times 10^6$)	
() Irradiação (inativação de linfócitos T para evitar a doença do Enxerto X Hospedeiro)	
() Aliquotagem (preparação de pequenos volumes de componentes sanguíneos de bolsas pediátricas)	
() Fenotipagem (sistemas Rh (D, C, c, E, e), Kell (K1), Duffy (Fya, Fyb), Kidd (Jka, Jkb) e MNS (S, s))	
() Lavagem (remoção de 90% de plasma residual e de 60% a 80% de leucócitos)	
COLETA ESPECIAL	
() Aférese / Plaquetas (Produto obtido de um único doador)	

TIPO DE TRANSFUSÃO:

() NÃO URGENTE, com atendimento dentro das 24 horas a partir da solicitação

() URGENTE, com atendimento dentro de 03 horas a partir da solicitação

() EXTREMA URGÊNCIA sem teste de compatibilidade. Preencher **Termo de Responsabilidade específico** (abaixo)

() Programada para procedimento eletivo com possível transfusão em ____/____/____ Hora: _____ **Obrigatório encaminhar o paciente com antecedência de 03 (três) dias.**

() Transfusão em residência. Preencher **Termo de Responsabilidade específico e Autorização específica em caso de Plano de Saúde**

() Autotransfusão. **Obrigatório encaminhar paciente com 30 (trinta) dias de antecedência portando laudo do médico solicitante e exames pré-operatórios.**

Médico(a) solicitante: _____ Data: ____/____/____

Assinatura com carimbo e CRM

OBS: Solicitações incompletas, inadequadas ou ilegíveis não devem ser aceitas pelo Serviço de Hemoterapia conforme legislação vigente.

• TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO EM EXTREMA URGÊNCIA SEM COMPATIBILIDADE

Estou ciente de que transfusão **sem teste de compatibilidade** é indicada quando houver iminente **risco de morte** e que existe risco de reação hemolítica por anticorpo irregular. Nesses casos a tipificação sanguínea do paciente e retipificação do doador podem ocorrer após iniciada transfusão. Autorizo que a transfusão sem compatibilidade seja realizada no paciente acima identificado, assumindo total responsabilidade pela referida transfusão.

Médico(a) solicitante: _____ Data: ____/____/____

Assinatura com carimbo e CRM

CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO PELO PACIENTE (obrigatório)

Informações Gerais: A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos componentes do sangue: Hemácias, Plasma, Plaquetas e Fatores de Coagulação e está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestadas por anemia, hemorragia ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento.

Riscos: Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo Ministério da Saúde, mas ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, há um mínimo risco de transmissão de algum microorganismo pela transfusão, que pode não ser reconhecido como uma infecção durante muitos meses ou anos.

Tratamentos Alternativos: Em casos de anemia em que a Hemoglobina encontra-se acima de 6,0 g/dL e o paciente hemodinamicamente estável, a transfusão de concentrado de hemácias pode ser substituída por terapias como: sacarato de hidróxido férrico, eritropoetina e imunoglobulina e/ou pulso terapia de corticóide. Porém, os tratamentos alternativos devem ser avaliados criteriosamente pelo médico, considerando as características de cada paciente.

Consentimento: Eu tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e com minha assinatura estou dando consentimento para que a Fundação HEMOPA, a pedido de meu médico, faça administração de hemocomponentes até o curso completo da doença ou tratamento.

() Fui esclarecido(a) e concordo

() Fui esclarecido(a) e não concordo

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente (Nome completo) ou do responsável legal pelo paciente e seu grau de parentesco) _____

COLETA DA AMOSTRA DO RECEPTOR

Técnico Responsável: _____ Data: _____ Hora: _____
Nome Legível

USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO HEMOPA

ABO/Rh	PAI I	PAI II	AC	CD	DATA	HORA	Assinatura

Produto	Tipagem	Nº da bolsa	Nº da amostra	Resultado	Data	Assinatura

() Termo de responsabilidade médica de transfusão incompatível em anexo

OBSERVAÇÕES:

Médico(a) da Fundação HEMOPA: _____ Data: ____/____/____
(Se Necessário) Assinatura com carimbo e CRM