

**PREFEITURA DE CASTANHÁL**  
**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: \_\_\_\_\_

<b>Nº BOLSA:</b>							
<b>HEMOCOMPONENTE</b>	DATA:	HORA INÍCIO:	TÉC ENFERMAGEM:		ENFERMEIRO:		
<b>SINAIS VITAIS</b>	HORA	PA:	FC:	T:	GLICEMIA:	SAT O2:	R:
INICIO DA TRANSFUSÃO							
15 MIN DE TRANSFUSÃO							
1ª HORA DE TRANSFUSÃO							
TERMINO DA TRANSFUSAO							
<b>FIM DA TRANSFUSAO</b>	DATA:	HORA TÉRMINO:	TÉC. ENFERMAGEM:		ENFERMEIRO:		
CONCLUIU TRANSFUSÃO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO							
INTERCORRÊNCIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO					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		

<b>Nº BOLSA:</b>							
<b>HEMOCOMPONENTE</b>	DATA:	HORA INÍCIO:	TÉC ENFERMAGEM:		ENFERMEIRO:		
<b>SINAIS VITAIS</b>	HORA	PA:	FC:	T:	GLICEMIA:	SAT O2:	R:
INICIO DA TRANSFUSÃO							
15 MIN DE TRANSFUSÃO							
1ª HORA DE TRANSFUSÃO							
TERMINO DA TRANSFUSAO							
<b>FIM DA TRANSFUSAO</b>	DATA:	HORA TÉRMINO:	TÉC. ENFERMAGEM:		ENFERMEIRO:		
CONCLUIU TRANSFUSÃO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO							
INTERCORRÊNCIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO					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		