






UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF					
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO - HUAP/EBSERH					
HEMOCENTRO REGIONAL DE NITERÓI – HEMONIT					
					
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - REQUISICÃO DE TRANSFUSÃO					
NOME:					PRONTUÁRIO:
DATA NASCIMENTO:     /     /		SEXO: ( ) F ( ) M	Peso: _____ Kg	ENFERMARIA:	ANDAR:       LEITO:
DIAGNÓSTICO:					
INDICAÇÃO:    Se cirurgia, especificar procedimento:					
Sangramento ativo?    ( ) SIM ( ) NÃO		Transfusão anterior?      ( ) SIM ( ) NÃO		Reação transfusional anterior ?      ( ) SIM ( ) NÃO	
Febre na última hora? ( ) SIM ( ) NÃO		Necessita pré-medicação? ( ) SIM ( ) NÃO		Solicitação registrada em prescrição? ( ) SIM ( ) NÃO	
HEMOCOMPONENTE		QUANTIDADE		DADOS LABORATORIAIS	
<input type="checkbox"/>	Concentrado de Hemácias	_____ unidades ou _____ ml	Hematócrito:    % Hemoglobina:    g/dL	Data:	
<input type="checkbox"/>	Concentrado de Plaquetas	_____ unidades ou _____ ml	Nº Plaquetas:	Data:	
<input type="checkbox"/>	Plasma Fresco	_____ unidades ou _____ ml	TAP:    seg. INR:    seg. PTT:    seg.	Data:	
<input type="checkbox"/>	CRIO / Hemoderivados	_____ unidades ou _____ ml	Fibrinogênio:    mg/dL	Data:	
AMOSTRA			PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		
Data da Coleta: ____/____/_____  Hora da Coleta: _____ : _____  Nome Legível do Coletor			<input type="checkbox"/> FILTRADO <input type="checkbox"/> IRRADIADO <input type="checkbox"/> LAVADO <input type="checkbox"/> OUTROS:  Justificativa:		
TIPO DE TRANSFUSÃO					
( ) PROGRAMADA    Reserva para o dia:       ____/____/_____					
( ) ROTINA           Realizada em até 24 horas.					
( ) URGÊNCIA       Realizada em até 3 horas.					
PARA EMERGÊNCIA (ATENDIMENTO IMEDIATO SEM REALIZAÇÃO DE TESTE DE COMPATIBILIDADE), VIDE O VERSO.					
Médico Solicitante:			Data da Solicitação:   ___/___/___		Hora: ____:____
Telefone/Ramal:					
OBSERVAÇÕES:					
As transfusões serão realizadas, preferencialmente, no período diurno. Portaria de consolidação nº 5 de 03/10/2017					
Só serão atendidas as requisições corretamente preenchidas e assinadas por médicos (registro CRM).					
Os concentrados de plaquetas serão liberados na forma de pool de 4 ou 5 unidades ou por aférese.					
<div>SUS Universidade Federal Fluminense</div> <div> Hospital Universitário Antônio Pedro</div> <div> EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</div>					
Formulário versão 1.5 - Janeiro/2025					