



REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

RT
Rev. 02
Pág. 1/2

Paciente: _____

Sexo: M () F () Peso: _____ Kg Data de nascimento: ____/____/____

Nome da mãe: _____

Hospital: _____ Setor: _____ Quarto/Leito: _____

Telefone do Hospital: () _____ Município: _____

Prontuário: _____ Categoria: SUS () Particular () Convênio ()

HOSPITAL INFORMAÇÕES

Diagnóstico: _____ Hb: _____ g/dL ou Ht: _____ %

Indicação: _____ Plaq: _____ /mm³ Fbg: _____ mg/dL

Antecedente Gestacional: () Não () Sim RNI: _____ TTPa: _____ s

Transfusão prévia: () Não () Sim () Ignorado Reação transfusional: () Não () Sim Tipo: _____

() Reserva (☐ cirúrgica; ☐ emergência): ____/____/____ () Não urgente: em até 24 horas

() Programada para o dia: ____/____/____ () Urgente: em até 3 horas

() De extrema urgência: Transfusão imediata, sem realização dos testes de compatibilidade.

(Preencher termo de responsabilidade no verso)

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura do médico / Carimbo CRM

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

	Quantidade (unidade ou mL)	Marcar com um X			
		Irradiada	Filtrada	Fenotipada	Lavada
Conc. Hemácias					
Conc. Plaquetas					
Plaquetaférese					
Plasma fresco					
Crioprecipitado					

PREENCHIMENTO PELO HEMOCENTRO

RECEBIMENTO PELO DHE

Data: ____/____/____ Checado por: _____

Horário de recebimento: _____ Requisição de transfusão: () Adequada () Inadequada

Amostra: () Adequada () Inadequada

DADOS DO RECEPTOR PF: _____

Grupo ABO: _____ Rh (D): _____ D fraco: _____ PAI: _____ IAI: _____

Autocontrole: _____ Coombs direto: _____ Grupo ABO / Rh (D) Mãe: _____

Técnico responsável: _____ Data: ____/____/____

HEMOCOMPONENTES

N° de Doação	N° do SUS	Hemocomponentes	ABO	Rh(D)	PAI	Prova cruzada	Teste de hemólise	Volume	Validade



REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

RT
Rev. 02
Pág. 2/2

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o(a) paciente acima referido que se encontra sob minha responsabilidade médica.

☐ Autorizo a transfusão de hemocomponentes **sem prova de compatibilidade** pela necessidade de transfusão imediata devido ao risco de vida do paciente.

Assinatura do médico/Carimbo

☐ Assumo a responsabilidade pelo **não envio da amostra de sangue da mãe** e autorizo a transfusão de hemocomponentes no recém-nascido.

Assinatura do médico/Carimbo

☐ Autorizo a transfusão de hemocomponentes com **prova cruzada incompatível**.

Nº Hemocomponente	Prova cruzada	O Hemocentro Regional de Maringá informa que esta transfusão deverá ser realizada com acompanhamento médico, sob responsabilidade do mesmo devido à característica especial desta transfusão.

Diagnóstico do paciente e justificativa para transfusão: _____

Assinatura do médico/Carimbo

Assinatura do paciente ou responsável legal

RECEBIMENTO DOS HEMOCOMPONENTES

Data: ____/____/____	Horário: _____	Responsável: _____
Data: ____/____/____	Horário: _____	Responsável: _____
Data: ____/____/____	Horário: _____	Responsável: _____

Observações - Distribuição Hemocentro: _____

Observações - Médico Hemocentro: _____

CONDUTAS EM REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

Passos imediatos para todas as reações:

1. Interromper a transfusão
2. Manter a veia com infusão de SF 0,9%
3. Notificar equipe médica e Hemocentro