



REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

RT
Rev. 02
Pág. 1/2



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