
	<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ</b> <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ</b> <b>HEMOCENTRO REGIONAL DE MARINGÁ</b>	
<b>FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>		DHC Rev. 04 Pág. 1/1

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da devolução: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Motivo da não utilização:

☐ Reação transfusional
☐ Reserva não utilizada  
☐ Excedeu tempo de validade da bolsa
☐ Óbito do paciente  
☐ Médico suspendeu por falta de indicação
☐ Outros \_\_\_\_\_  
☐ Transferência do paciente para outro serviço \_\_\_\_\_


Hemocomponente	Nº doação	Leitura de temperatura de armazenamento					
		1º horário:	2º horário:	3º horário:	4º horário:	5º horário:	6º horário:

Observação: \_\_\_\_\_

Responsável pelo recebimento no Hemocentro: \_\_\_\_\_

Reintegração ao estoque: ☐ sim ☐ não - especificar o motivo: \_\_\_\_\_

Aprovado em: 28/3/23

	<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ</b> <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ</b> <b>HEMOCENTRO REGIONAL DE MARINGÁ</b>	
<b>FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>		DHC Rev. 04 Pág. 1/1

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da devolução: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Motivo da não utilização:

☐ Reação transfusional
☐ Reserva não utilizada  
☐ Excedeu tempo de validade da bolsa
☐ Óbito do paciente  
☐ Médico suspendeu por falta de indicação
☐ Outros \_\_\_\_\_  
☐ Transferência do paciente para outro serviço \_\_\_\_\_

Hemocomponente	Nº doação	Leitura de temperatura de armazenamento					
		1º horário:	2º horário:	3º horário:	4º horário:	5º horário:	6º horário:

Observação: \_\_\_\_\_

Responsável pelo recebimento no Hemocentro: \_\_\_\_\_

Reintegração ao estoque: ☐ sim ☐ não - especificar o motivo: \_\_\_\_\_

Aprovado em: 28/3/23