



**FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE
HEMOCOMPONENTES**

DHC
Rev. 04
Pág. 1/1

Paciente: _____

Data da devolução: _____ Horário: _____

Nome legível: _____ Setor: _____

Motivo da não utilização:

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

| 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



**FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE
HEMOCOMPONENTES**

DHC
Rev. 04
Pág. 1/1

Paciente: _____

Data da devolução: _____ Horário: _____

Nome legível: _____ Setor: _____

Motivo da não utilização:

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

| 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