



CONTROLE DE SINAIS VITAIS

CSV
Rev 06
Pag. 1/1

Hemocentro Regional de Maringá
CNPJ: 79.151.312/0001-56

Hemocomponente: _____
 Iniciais do Doador: _____
 Nome do Paciente : _____
 Nº da Bolsa: _____
 Data: _____ Hora: _____
 Nome legível responsável pela instalação: _____

MONITORAMENTO NO ATO TRANSFUSIONAL POR QUEM ADMINISTRA								
ITENS A VERIFICAR						SIM	NÃO	NOME LEGÍVEL
Prescrição médica no prontuário impresso e eletrônico (se houver)?								
Informado ao paciente sobre o procedimento?								
Etiqueta da bolsa colada no Livro de Registro de Liberação de Sangue com preenchimento dos campos: iniciais, validade, nome legível do responsável e número de registro no conselho ou carimbo?								
AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS E DUPLA CHECAGEM IMEDIATAMENTE ANTES DE INSTALAR								
VERIFICAR SINAIS VITAIS	DATA	HORA	PA	°T	FC	FR	NOME LEGÍVEL	
Início							1: 2:	
10 min								
01 h								
02 h								
03 h								
04 h / Término								

MONITORAMENTO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS			SIM	NÃO	NOME LEGÍVEL
SUSPEITA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL?					
NA OCORRÊNCIA DE SUSPEITA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL, VERIFICAR:			SIM	NÃO	NOME LEGÍVEL
Interrompido imediatamente a transfusão do paciente e mantido acesso venoso com SF 0,9% com gotejamento lento? Comunicado à equipe médica e ao enfermeiro quanto aos sinais e sintomas apresentados?					
Conferido a requisição de transfusão com o prontuário (prescrição médica), identificação do paciente e etiqueta da bolsa do hemocomponente?					
Verificado sinais vitais e, se alterados, comunicado à equipe médica e administrado medicação conforme prescrição médica?					
Preenchido corretamente a Ficha de Notificação de Incidentes transfusionais (FIT)? Comunicado ao Laboratório de Distribuição do Hemocentro? Coletado amostra de sangue do paciente, se necessário?					
Encaminhado o hemocomponente com o equipo da bolsa protegido, juntamente com a amostra de sangue quando necessário e com a FIT ao Laboratório de Distribuição do Hemocentro?					
Checado no Livro de Registro de Liberação de Sangue da unidade? Registrado no prontuário do paciente a reação e as condutas realizadas?					
Necessita devolver hemocomponentes não utilizados? Se sim, preencher Formulário de Devolução de Hemocomponentes. Atentar para a temperatura da geladeira.					

Observações:



Sugestões e/ou reclamações: ouvidoria-hemocentro@uem.br; Fone (44) 3011-9406; ou acesse o código ao lado.