

REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

Hospital: _____ Data: ____/____/____ Clínica: _____ Leito: _____

Paciente (nome completo): _____ Idade: _____

Nº SES: _____ D.N.: ____/____/____ Peso: ____ Kg Sexo: M ☐ F ☐ Quantas gestações prévias? ____

Diagnóstico: _____

Indicação para Transfusão: _____

Antecedentes Transfusionais: O paciente já recebeu outras transfusões? ☐ Não ☐ Sim ☐ Ignorado

Data da última transfusão: ____/____/____ Reação transfusional prévia? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

Modalidade da Transfusão

☐ Programa para a data: ____/____/____ Hora: ____:____

☐ Rotina - em até 24 horas

☐ Urgente - em até 3 horas

☐ Emergência - Assinar Declaração Médica (verso)

☐ Reserva para cirurgia. Data da cirurgia: ____/____/____

Procedimentos especiais (justificar)

() Irradiado () Lavado () Filtrado () Fenotipado

Justificativas e Observações:

Resultados Laboratoriais que justifiquem a indicação:

Hb ____g/dl Ht: ____% Plaquetas ____x10³/mm³

TP: ____ TTPa: ____ Fibrinogênio: ____ mg/dl

HEMOCOMPONENTES	QUANTIDADE (UN.)
Conc. Hemácias (CH)	
Conc. Plaquetas (CP)	
Plasma Fresco (PFC)	
Crioprecipitado (CRIO)	
Plaquetaférese	
Outros	

Médico solicitante (CRM/Carimbo/Assinatura) _____ Hora: ____:____

“O serviço de hemoterapia não deve aceitar requisições incompletas, rasuradas ou ilegíveis”.

PORTARIA Nº 158/GM/MS, DE 04 DE FEVEREIRO 2016.

PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

1. Observações: _____

Recebimento/entrega Hora: ____:____. Responsável: _____

Liberação Hora: ____:____

Dados do Receptor

ABO / Rh(D)	PAI

2. Unidades de hemocomponentes transfundidas

Nº DOAÇÃO/ TIPO HEMCOMPONENTE ABO/RH(D)	VALIDADE	INSP VISUAL	TÉCNICO EXAMES	TÉCNICO TRANSFUSÃO	DATA e HORA	SINAIS VITAIS
						PA: ____x____mmHg Pulso: ____bpm Temperatura: ____°C
						PA: ____x____mmHg Pulso: ____bpm Temperatura: ____°C

2. Unidades de hemocomponentes transfundidas (CONTINUAÇÃO. Preencher se necessário)

Nº DOAÇÃO/ TIPO HEMCOMPONENTE ABO/RH(D)	VALIDADE	INSP VISUAL	TÉCNICO EXAMES	TÉCNICO TRANSFUSÃO	DATA e HORA	SINAIS VITAIS
						PA: ____x____mmHg Pulso: ____bpm Temperatura: ____°C
						PA: ____x____mmHg Pulso: ____bpm Temperatura: ____°C
						PA: ____x____mmHg Pulso: ____bpm Temperatura: ____°C
						PA: ____x____mmHg Pulso: ____bpm Temperatura: ____°C
						PA: ____x____mmHg Pulso: ____bpm Temperatura: ____°C

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA EM TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

(Preenchimento OBRIGATÓRIO pelo médico solicitante da Transfusão, sempre que a modalidade de transfusão for Emergência)

Eu, Dr.(a) _____,

CRM/DF _____, autorizo a transfusão de EMERGÊNCIA, sem conclusão das provas pré-transfusionais, por se tratar de situação clínica em que o retardo do início da transfusão pode acarretar risco de morte para o paciente. Após o envio do hemocomponente os testes devem ser realizados normalmente e devo ser comunicado(a) em caso de anormalidades nos resultados. Fui informado(a) quanto aos riscos transfusionais associados a esse procedimento.

Médico Responsável pela autorização (Nome / Assinatura / CRM)