



NÚCLEO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Formulário e fluxos do NHH- HRG

NÚCLEO DE SEGURANÇA
DO PACIENTE

IMPLEMENTAÇÃO:
2017

REVISÃO:
2018

VALIDADE:
2020

1. Formulário de solicitação



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA
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 (CPIO)	
Plaquetafrese	
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



Formulário e fluxos do NHH- HRG

NÚCLEO DE SEGURANÇA
DO PACIENTE

IMPLEMENTAÇÃO:
2017

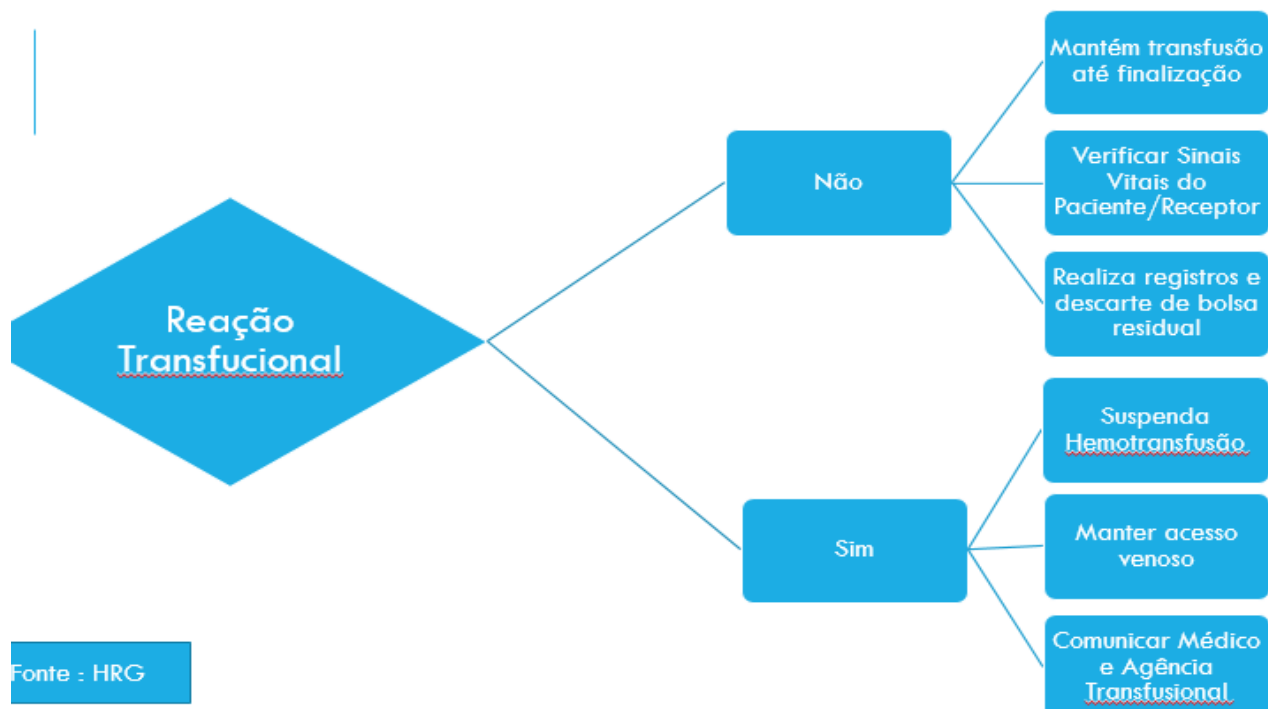
REVISÃO:
2018

VALIDADE:
2020

FLUXOGRAMA ATO TRANSFUSIONAL



FLUXOGRAMA ATO TRANSFUSIONAL





Formulário e fluxos do NHH- HRG

NÚCLEO DE SEGURANÇA
DO PACIENTE

IMPLEMENTAÇÃO:
2017

REVISÃO:
2018

VALIDADE:
2020

REAÇÃO TRANSFUSIONAL

Fonte : HRG

