

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|--|------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|------|
| 1 Identificação | Hospital/Unidade de Saúde: | | | | Telefone de contato da Unidade: | | | | Data | Hora |
| | Nome do Paciente (completo e legível) | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Convênio <u>especifique:</u> <input type="checkbox"/> SUS | |
| | Nome social (completo e legível) | | | | Nome da Genitora (completo e legível) | | | | | |
| | Unidade / Enfermaria | | | | Leito | Prontuário | Cartão SUS | | | |
| 2 Endereço | Endereço de residência do paciente | | | | | | Nº | Bairro | | |
| | CEP | Estado de origem | Município de origem | IBGE (município) | | Código de Etnia (pacientes indígenas) | | | | |
| 3 Clínica | Nascimento | Sexo | Peso | Raça | ± | ± | Plaq. | TP/ TTPA | Diagnóstico | |
| | Antecedente transfusional? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | | Antecedentes obstétricos? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | | Reação transfusional prévia? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Especifique: | | | Indicação transfusional | | |
| 4 Hemoterapia | Fenotipagem (incluir apenas antígenos negativos conforme prontuário) | | | | | | | | | |
| | Produto | | Nº unidades ou volume (mL) | | Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | | <input type="checkbox"/> aliquotagem | <input type="checkbox"/> filtração | <input type="checkbox"/> irradiação | <input type="checkbox"/> lavagem | | |
| | <input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO | | | | <input type="checkbox"/> aliquotagem | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS | | | | <input type="checkbox"/> aliquotagem | <input type="checkbox"/> filtração | <input type="checkbox"/> irradiação | | | |
| 5 Programação | Modalidade de transfusão: <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Rotina (em até 24h) <input type="checkbox"/> Urgência (em até 3h) <input type="checkbox"/> Emergência (retardo da transfusão acarreta risco à vida) | | | | | | | | | |
| | Observações: | | | | | | | | | |
| | Produto | | Produto | | Produto | | Produto | | | |
| | Data/Hora | | Data/Hora | | Data/Hora | | Data/Hora | | | |
| | Nome do médico solicitante (legível) + CRM + assinatura + telefone OU Carimbo (legível) + assinatura + telefone | | | | Responsável pela coleta da amostra (assinatura legível) | | | Dupa checagem na identificação da amostra coletada (assinatura legível) | | |

TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPO

Autorizo transfusão de hemocomponentes heterogupo compatível para o(a) paciente acima identificado.

Nome do médico solicitante (**legível**) + CRM + assinatura + telefone
OU
Carimbo (**legível**) + assinatura + telefone

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Autorizo ao serviço de hemoterapia o fornecimento de concentrado de hemácias (CH) em caráter de emergência para o(a) paciente acima identificado antes da conclusão dos testes pré-transfusionais, pois o retardo da transfusão pode acarretar risco à vida do(a) mesmo(a). Conforme legislação vigente, afirmo conhecer o risco de tal procedimento e concordo com a realização do mesmo.

Nome do médico solicitante (**legível**) + CRM + assinatura + telefone
OU
Carimbo (**legível**) + assinatura + telefone

Nota: O envio do hemocomponente não implica na interrupção dos testes pré-transfusionais, que devem continuar a ser realizados

OBSERVAÇÃO: PREENCHIMENTO DA REQUISICÃO E IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS DE ACORDO COM O MANUAL DO CLIENTE

TEMPERATURA DE RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|----------------------------|--|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------|------|
| 6 Comprovante de Entrega | -Hospital/Unidade de Saúde | | | | Telefone de contato da Unidade: | | | | Data | Hora |
| | Nome do Paciente/Nome social (legível) | | | | | | | | Unidade/ Enfermaria | |
| | Produto | | Nº unidades ou volume (mL) | | Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | | <input type="checkbox"/> aliquotagem | <input type="checkbox"/> filtração | <input type="checkbox"/> irradiação | <input type="checkbox"/> lavagem | | |
| | <input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO | | | | <input type="checkbox"/> aliquotagem | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS | | | | <input type="checkbox"/> aliquotagem | <input type="checkbox"/> filtração | <input type="checkbox"/> irradiação | | | |
| | <input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO | | | | | | | | | |

Responsável pelo recebimento

Data

Hora