

COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO	<div style="text-align: right;">  GOVERNO DA PARAÍBA </div> Nº DE ORDEM:		
IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO				
<p>Paciente: _____</p> <p>Sexo: Fem Masc Idade: _____ Peso: _____ Kg Data de Nasc: _____</p> <p>Hospital _____ Apto: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____</p> <p>Recebeu Transfusão: S N Ignorado. Quando? _____ Onde? _____</p> <p>Internação: Particular SIH – SUS – nº AIH _____ Prontuário: _____</p> <p>Convênio: _____ (NOME E Nº DO REGISTRO)</p> <p>Hemoglobina: _____ g% Hematócrito: _____ % Plaquetas: _____ /mm³</p> <p>Diagnóstico e Indicação Clínica: _____</p> <p>Distúrbio de Coagulação? _____</p> <p>Cirurgia Proposta: _____</p>				
ESPECIFICAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE	TIPO DE ANTEDIMENTO TRANSFUSÃO			
	<u>PROGRAMADA</u> (Para determinada data e hora)	<u>NÃO URGENTE</u> (A se realizar dentro de 24 horas)	<u>URGÊNCIA</u> (A se realizar dentro de 3 horas)	<u>EXTREMA URGÊNCIA</u> (Vide Verso)
_____ ml de Concentrado de Hemácias				
_____ ml de Plasma fresco congelado				
_____ unidades de Concentrado de Plaquetas				
_____ unidades de Crioprecipitado				
_____ ml de Concentrado de Hemácias Lavadas				
_____ Plaquetaférese:				
_____ Outros (especificar): _____				
MÉDICO SOLICITANTE <hr/> Nome Legível e CRM ou Carimbo	 <hr/> ASSINATURA		DATA:	

ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICA E DE REQUISIÇÃO

TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA, SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE: Só é indicado em raríssimas exceções e de ALTO RISCO DE VIDA. Será feita a classificação sanguínea do paciente e reclassificação do doador, não sendo efetuada a PROVA DE COMPATIBILIDADE PRETRANSFUSIONAL (PROVA CRUZADA). Portanto o risco de reação hemolítica por anticorpos irregulares existirá e será de responsabilidade do médico requisitante, isentando o serviço de hemoterapia das consequências delas advindas.

Assinatura, de acordo, para atendimento à solicitação:

COMPONENTES, CONTEÚDO E INDICAÇÕES

- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS: Volume médio de 300ml. Contém plasma residual e leucócitos. Indicado no tratamento de Anemias. Uma Unidade aumenta 1g/dL de hemoglobina ou 3% do Hematócrito (adulto).

- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS: Volume médio 300ml. Indicado em pacientes pós transfundidos e que apresentam reações transfusionais.

- CONCENTRADO DE PLAQUETAS: Volumes entre 50 a 70ml. Indicado em pacientes com plaquetopenia e na prevenção de sangramento em pacientes em tratamento de leucemias.

- CRIOPRECIPITADO: Volume entre 10 a 20ml. Contém principalmente fator VII: C, fator de Von Willebrand, Fibrinogênio e Fator XIII. Indicados nas hipofibrinogenemia herdada ou adquirida, disfibrinogenemia e deficiência de fator XIII. Só é indicado no tratamento da hemofilia A e von Willebrand quando não houver disponibilidade de concentrado de fator VIII liofilizado.

- PLASMA FRESCO CONGELADO: Volume entre 180 – 250ml possui todos os fatores de coagulação. Indicado em pacientes com sangramento nas deficiências múltiplas de fatores de coagulação secundária e hepatopatias, CIVD ou Coagulopatia Dilucional

RESPONSÁVEL PELOS TESTES: _____

DATA: