

| COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES | SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO |  GOVERNO DA PARAÍBA | |
|--|---|--|--|
| Nº DE ORDEM: | | | |
| IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO | | | |
| Paciente: _____ | | | |
| Sexo: Fem Masc Idade: _____ Peso: _____ Kg Data de Nasc: _____ | | | |
| Hospital _____ Apto: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ | | | |
| Recebeu Transfusão: S N Ignorado. Quando? _____ Onde? _____ | | | |
| Internação: Particular SIH – SUS – nº AIH _____ Prontuário: _____ Convênio: _____ (NOME E Nº DO REGISTRO) | | | |
| Hemoglobina: _____ g% Hematócrito: _____ % Plaquetas: _____ /mm ³ | | | |
| Diagnóstico e Indicação Clínica: _____ | | | |
| Distúrbio de Coagulação? _____ | | | |
| Cirurgia Proposta: _____ | | | |
| ESPECIFICAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE | TIPO DE ANTEDIMENTO | | |
| | PROGRAMADA (Para determinada data e hora) | NÃO URGENTE (A se realizar dentro de 24 horas) | URGÊNCIA (A se realizar dentro de 3 horas) |
| _____ 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 | | | DATA: |
| Nome Legível e CRM ou Carimbo | ASSINATURA | | |

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: