

Hospital: _____ Setor de internação: _____ Leito: _____

Paciente: _____ NOME COMPLETO, LEGÍVEL E SEM ABREVIATURAS Idade: _____

Nome da mãe: _____ Obrigatório para paciente recém-nascido

SES/Nº Prontuário: _____ D.N.: ___/___/___ Peso: ___ Kg Sexo: M F Nº gestações prévias _____

Indicações da transfusão: _____

Diagnósticos/Comorbidades: _____

Antecedentes Transfusoriais: recebeu outras transfusões?
() Não () Sim - Última transfusão: ___/___/___
Reação transfusional prévia? () Não () Sim - Qual?

Resultados Laboratoriais:
Hb: _____ g/dl Ht: _____% Plaquetas _____ x10³/mm³
TAP: _____ TTPa: _____ Fibrinogênio: _____ mg/dl

Modalidade da Transfusão:
() Programada para: ___/___/___ Hora: ___:___
() Rotina - em até 12 horas
() Urgente - em até 3 horas
() Emergência - Declaração de Responsabilidade Médica
() Reserva para cirurgia. Data cirurgia: ___/___/___

HEMOCOMPONENTES	UNIDADES
Concentrado de Hemácias (CH)	
Concentrado de Plaquetas (CP)	
Plasma Fresco (PFC)	
Crioprecipitado (CRIO)	
Aférese de plaquetas	

Procedimentos especiais (justificar)
() Irradiado () Lavado () Filtrado () Fenotipado

Justificativas e observações:

Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Médico solicitante (CRM/Carimbo/Assinatura) _____

O SERVIÇO DE HEMOTERAPIA NÃO PODERÁ ACEITAR REQUISIÇÕES INCOMPLETAS, RASURADAS OU ILEGÍVEIS.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA EM TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

(Preenchimento OBRIGATÓRIO pelo médico solicitante da transfusão, apenas para a modalidade de transfusão 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 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)

PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Recebimento da Requisição:
Data: ___/___/___ Hora: ___:___
Entregue por (assinatura/matricula): _____
Recebido por (assinatura/matricula): _____

Observações: _____

Exames do Receptor	
ABO/ Rh(D)	PAI
RESPONSÁVEL:	

UNIDADES DE HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDAS:

HEMOCOMPONENTE Nº / TIPO / ABO Rh(D)	VOLUME e VALIDADE	INSPEÇÃO VISUAL	TÉCNICO EXAMES	TÉCNICO TRANSFUSÃO	DATA e HORA		SINAIS VITAIS Antes e após Transfusão
					INÍCIO	TÉRMINO	
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1				PA: ___x___ mmHg FC: ___ bpm FR:___ Temperatura: ___ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2				TÉRMINO
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1				PA: ___x___ mmHg FC: ___ bpm FR:___ Temperatura: ___ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2				TÉRMINO
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1				PA: ___x___ mmHg FC: ___ bpm FR:___ Temperatura: ___ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2				TÉRMINO
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1				PA: ___x___ mmHg FC: ___ bpm FR:___ Temperatura: ___ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2				TÉRMINO
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1				PA: ___x___ mmHg FC: ___ bpm FR:___ Temperatura: ___ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2				TÉRMINO

DECLARAÇÃO DE RECUSA DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

(Preenchimento pelo paciente que manifesta recusa para receber transfusão)

Eu, _____, NOME COMPLETO, LEGÍVEL E SEM ABREVIATURAS, data de nascimento ___/___/___, fui informado(a) que a realização de transfusão de hemocomponentes é necessária, pelo conjunto de achados clínicos e exames laboratoriais avaliados por médico, que prescreveu a transfusão de acordo com as indicações estabelecidas pelo conhecimento científico e nos protocolos desta instituição. Ainda assim, EU DECLARO QUE NÃO ACEITO RECEBER ESTA TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES e declaro ter obtido os esclarecimentos necessários sobre os riscos desta decisão com o médico solicitante.

Nome completo do paciente (ou responsável legal): _____

Nº de documento de identidade: _____ Assinatura: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___