



FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL CONTAMINAÇÃO BACTERIANA 1 – FIRT-CB 1

Preenchimento da Agência Transfusional

1. Identificação do paciente:

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Feminino () Masculino () Ignorado

Hospital: _____ Unidade: _____ Leito: _____

Número do prontuário: _____

2. Dados clínicos do paciente:

Diagnósticos médicos: _____

Comorbidades: _____

Indicação da transfusão: _____

Medicações em uso: _____

3. Dados da transfusão:

Tipo de hemocomponente	N.º do Hemocomponente	Validade	Data e hora do início da transfusão	Data e hora do término da transfusão	Transfusão interrompida (S/N)?

Tipo de hemocomponente: CH: Concentrado de Hemácias CRIO: Crioprecipitado PIC: Plasma Isento de Crioprecipitado

CP: Concentrado de Plaquetas PFC: Plasma Fresco Congelado

4. Informações sobre a ocorrência:

Data e hora: ____/____/____ às ____ h ____ min

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Unidade: () Hospital () Ambulatório () UPA () Outro: _____

Notificação no NOTIVISA:

() Sim – Número da notificação _____



FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL CONTAMINAÇÃO BACTERIANA 1 – FIRT-CB 1

() Não – Justifique: _____

Sinais e sintomas apresentados pelo paciente:

() Febre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$)

() Tremores, calafrios

() Hipotensão

() Taquicardia, dispneia

() Náuseas, vômitos

() Outros: _____

Sinais vitais:

Pré-transfusionais:

T: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Hora: _____

Pós-transfusionais:

T: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Hora: _____

Ações imediatas:

() Não () Sim - Descreva: _____

5. Investigação da Reação Transfusional:

Análises da amostra do paciente	Pré-transfusional	Pós-transfusional
ABO/RH		
Pesquisa de Anticorpos Irregulares		
Prova de Compatibilidade		
Coombs Direto		

Análises do hemocomponente	Pré-transfusional	Pós-transfusional
ABO/RH		
Teste de hemólise		
Inspeção visual da bolsa	() Normal () Anormal	() Normal () Anormal
	() Não realizada	() Não realizada



**FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL
CONTAMINAÇÃO BACTERIANA 1 – FIRT-CB 1**

Exames do paciente	Pré-transfusional	Pós-transfusional
Hemoglobina		
Hematócrito		
Leucócitos		
Bilirrubina indireta		
DHL		

Hemocultura do paciente antes da transfusão:

Data: ____/____/____ - () Negativa () Positiva - Microrganismo: _____
() Não realizada

Hemocultura do paciente após a transfusão:

Data: ____/____/____ - () Negativa () Positiva - Microrganismo: _____
() Não realizada

NOTA: considerando que a análise da história clínica do paciente constitui um componente essencial da investigação, solicita-se a inclusão, no processo investigativo, das evoluções médicas e de enfermagem, do registro compilado de sinais vitais e dos exames laboratoriais referentes às 72 horas que antecederam o evento, bem como às 72 horas subsequentes à sua ocorrência.

6. Observações: _____

Encaminhe o formulário em processo SEI para a Gerência de Hemovigilância - Gvig/Dihemo/Unitec/PR/FHB-DF.