

CARTÃO DE TRANSFUSÃO - FRENTE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA



HOSPITAL:

CARTÃO DE
TRANSFUSÃO

NOME COMPLETO DO PACIENTE (SEM ABREVIATURA E LEGÍVEL)

SEXO
M ☐ F ☐

DATA NASC.:
/ /

LEITO / LOCAL:

DATA DOS TESTES
/ /

ABO RH PACIENTE

ABO RH BOLSA

PROVA DE COMPATIBILIDADE ☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL

RESPONSÁVEL PELOS TESTES (NOME E MATRÍCULA)

RESPONSÁVEL PELA TRANSFUSÃO (NOME E MATRÍCULA)

DATA DA TRANSFUSÃO
/ /

HORA DE INÍCIO DA
TRANSFUSÃO

SINAIS VITAIS DO PACIENTE (ANTES DO INÍCIO DA TRANSFUSÃO):

Temperatura: _____ °C Pulso: _____ bpm FR: _____ irpm

Pressão arterial: _____ mmHg

**Este cartão deve acompanhar o
hemocomponente durante toda a transfusão**

ATENÇÃO: LEIA O VERSO

Nº DO HEMOCOMPONENTE

FORMULÁRIO CT – POP NUDIS/GEPROD 003 VERSÃO VIGENTE: CARTÃO DE TRANSFUSÃO

CARTÃO DE TRANSFUSÃO - VERSO



ATENÇÃO

ANTES DA TRANSFUSÃO:

- 1 – IDENTIFICAR ADEQUADAMENTE O RECEPTOR;
- 2 – CONFERIR OS DADOS DO PACIENTE COM OS DADOS DO RÓTULO DO HEMOCOMPONENTE A SER UTILIZADO;
- 3 - TRANSFUNDIR SOMENTE MEDIANTE PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- 4 - CONFERIR OS RESULTADOS DOS EXAMES QUE APARECEM NO RÓTULO DA BOLSA;
- 5 - UTILIZAR EQUIPO DE INFUSÃO ESPECÍFICO PARA TRANSFUSÃO;
- 6 – NÃO ADICIONAR NEM INFUNDIR JUNTO COM MEDICAMENTOS OU SOLUÇÕES NÃO ISOTÔNICAS;
- 7 – VERIFICAR E INFORMAR AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA SOBRE QUALQUER EFEITO ADVERSO IMEDIATO.

ATENÇÃO

AO PRIMEIRO SINAL DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL:

- 1- INTERROMPER IMEDIATAMENTE A TRANSFUSÃO;
- 2- MANTER ACESSO VENOSO;
- 3- EXAMINAR OS ROTULOS DAS BOLSAS E TODOS OS REGISTROS;
- 4- COMUNICAR AO MÉDICO ASSISTENTE;
- 5- COMUNICAR AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA;



Fundação
Hemocentro
de Brasília