



FORMULÁRIO

TÍTULO:

Formulário de acompanhamento de Transfusão

CÓDIGO:

F 01 POP Gsat 05

VERSÃO:

0

VIGENTE ATÉ:

28/02/2026

PARTE 1: Preenchimento da Agência Transfusional (AT): _____

Setor de destino: _____

Tipo de hemocomponente: () CH () PFC () Plaquetas () Crio

Etiqueta de identificação do receptor
(etiqueta de coleta de amostra)

Identificação da caixa: _____ Identificação do lbutton: _____

Preparado por (nome/matricula): _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PARTE 2: Preenchimento do setor responsável pela transfusão - Setor: _____

Recebimento - Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Nome: _____ Matrícula: _____

1. Preencha todas as informações de forma completa, legível e sem rasuras.
2. A caixa deve ser lacrada na presença de responsável do setor solicitante da transfusão, após conferência da(s) bolsa(s)
3. Não encaminhe as bolsas para outro setor sem comunicação prévia à Agência Transfusional.
4. Devolva em até 4hs as bolsas não infundidas e/ou bolsas infundidas parcialmente.
5. Retire as bolsas da caixa térmica **somente** no momento da transfusão.

Nome do paciente: _____ **D.N.:** ____/____/____

Nº prontuário: _____ **Nome da mãe:** _____

Conferência de Requisitos	Nº da bolsa:		Nº da bolsa:	
	Conforme	NC	Conforme	NC
Inspeção visual (aspecto, coloração, integridade)				
Rótulo da bolsa (validade, numeração, ABO/Rh)				
Dados do paciente na etiqueta da bolsa (ABO/Rh, nome, D.N.)				
Identificação do paciente (nome,data de nascimento)				
Caixa lacrada – Hora: ____:____ Observações: _____				

Recuse o recebimento de hemocomponentes com qualquer suspeita de desvio de qualidade ou divergência de informações.

Pré-infusão

Abertura da caixa - Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Temperatura da caixa: ____ °C

1. Toda transfusão deve estar prescrita no prontuário do paciente.
2. Comunique à Agência Transfusional qualquer não conformidade (NC) ou intercorrência e aguarde a resolução para iniciar a transfusão.
3. Nunca perfure nem acrescente nada à bolsa. Não compartilhe o acesso venoso da transfusão com medicamentos ou soluções, exceto soro fisiológico. Isso poderá provocar hemólise!
4. O hemocomponente não pode ser aquecido sem equipamento específico para a finalidade e não deve ser colocado sob água corrente.
5. Realize identificação positiva do paciente. Acompanhe a infusão à beira do leito nos primeiros 10 minutos.
6. Os hemocomponentes deverão ser instalados um por vez. Não instalar mais de uma bolsa ao mesmo tempo.
7. Utilize equipos específicos para transfusão e não reaproveite o equipo utilizado – um equipo por bolsa.

TÍTULO:

Formulário de acompanhamento de
Transfusão

CÓDIGO:

F 01 POP Gsat 05

VERSÃO:

0

VIGENTE ATÉ:

28/02/2026

8. Registre as informações de forma completa no cartão de transfusão afixado à bolsa e no prontuário do paciente (número da bolsa, horário, sinais vitais, intercorrências)

PREENCHA OS DADOS DA TRANSFUSÃO NO VERSO

Hemocomponente	Início da transfusão	Término da transfusão	
<i>Etiqueta da prova de compatibilidade</i> <i>(afixada pela Agência Transfusional)</i>	Data: Hora: PA: ____x____ mmHg FC/Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C FR: ____ irpm	Data: Hora: PA: ____x____ mmHg FC/Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C FR: ____ irpm	() Transfusão completa ou () Transfusão incompleta - suspensão, interrompida ou reação transfusional: devolver bolsa à Agência Transfusional
	Intercorrência: () Não () Sim - colete nova amostra e comunique imediatamente a AT.		
☐ Calafrios ☐ Febre ☐ Taquicardia ☐ Urticária ☐ Tremores ☐ Náusea ☐ Dor no local da punção ☐ Cianose de extremidades ☐ Ansiedade ☐ Cianose Central ☐ Dispneia ☐ Cefaleia ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Choque ☐ Vômito ☐ Hematúria ☐ Outros (descreva): ☐ Tosse ☐ Eritema ☐ Rouquidão ☐ Pápulas ☐ Dor abdominal Condutas imediatas adotadas:			
Responsável (nome/matricula):			
<i>Etiqueta da prova de compatibilidade</i> <i>(afixada pela Agência Transfusional)</i>	Data: Hora: PA: ____x____ mmHg FC/Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C FR: ____ irpm	Data: Hora: PA: ____x____ mmHg FC/Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C FR: ____ irpm	() Transfusão completa ou () Transfusão incompleta - suspensão, interrompida ou reação transfusional: devolver bolsa à Agência Transfusional
	Intercorrência: () Não () Sim - colete nova amostra e comunique imediatamente a AT.		
☐ Calafrios ☐ Febre ☐ Taquicardia ☐ Urticária ☐ Tremores ☐ Náusea ☐ Dor no local da punção ☐ Cianose de extremidades ☐ Ansiedade ☐ Cianose Central ☐ Dispneia ☐ Cefaleia ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Choque ☐ Vômito ☐ Hematúria ☐ Outros (descreva): ☐ Tosse ☐ Eritema ☐ Rouquidão ☐ Pápulas ☐ Dor abdominal Condutas imediatas adotadas:			
Responsável (nome/matricula):			

DEVOLVA PARA A AGÊNCIA TRANSFUSIONAL: este formulário preenchido, a caixa térmica com *logger* de temperatura e qualquer resíduo de hemocomponente por transfusão interrompida ou suspeita de reação transfusional.

PARTE 3: Preenchimento da Agência Transfusional



FORMULÁRIO

TÍTULO:

Formulário de acompanhamento de
Transfusão

CÓDIGO:

F 01 POP Gsat 05

VERSÃO:

0

VIGENTE ATÉ:

28/02/2026

Retorno da caixa: Data ____/____/____ Hora ____:____ Retorno lbutton: () Sim () Não

Recebido por (nome/matricula): _____

Temperatura entre fechamento e abertura da caixa: Máxima: _____ °C Mínima: _____ °C

Temperatura		Destino do(s) hemocomponente(s)		RNC e notificação NOTIVISA
() Conforme	() Não conforme	() Descarte	() Reintegração estoque AT	

Observações: _____