

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 (código doação)	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 _____

() Não – Justifique: _____

Sinais e sintomas do paciente

() Dispneia, hipoxemia com saturação de O₂ < 90%

() Hipotensão

() Taquicardia

() Febres, tremores

() 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

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

Necessidade de suporte respiratório?

() Não () Sim - Descreva: _____

Gasometria arterial

pH: _____ pO₂: _____ HCO₃: _____ pCO₂: _____

Dosagem de Peptídeo Natriurético Atrial

BNP: _____

Exame de imagem do tórax

() Raio X () Tomografia

Laudos: _____

Fator de risco para lesão pulmonar aguda (direta ou indireta)?

() Não () Sim - Descreva: _____

Nota 1: os resultados de exames laboratoriais e de imagem, quando disponíveis, deverão ser anexados ao processo.

Nota 2: 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: _____

Em observância à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) - LEI N.º 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018, os dados pessoais registrados neste formulário devem ser tratados, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária.

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