

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 Transfusionais: 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/VOLUME (mL)
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
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1		INÍCIO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2		TÉRMINO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1		INÍCIO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2		TÉRMINO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1		INÍCIO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2		TÉRMINO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1		INÍCIO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2		TÉRMINO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1		INÍCIO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2		TÉRMINO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 1	TÉCNICO 1		INÍCIO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C
		TÉCNICO 2	TÉCNICO 2		TÉRMINO		PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ Temperatura: ____ °C

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: ____:____