

UNIDADE ADMINISTRATIVA:

IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÕES DE TRANSFUSÃO

Paciente: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ TEL: () _____

Prontuário: _____ Clínica: _____ Leito/Apto: _____ Raça / Cor / Etnia: _____

Município de residência: _____ CNS (Cart. Nacional de Saúde): _____

Internação:

SIH – SUS – Nº AIH _____

Convênio: _____ registro: _____

Particular

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

(HOSPITALAR)

Hemoglobina: _____ g% Hematócrito: _____ % Plaquetas: _____ /mm³

Recebeu transfusão? _____ Quando?(última) ____/____/____ Onde? _____

Reação Transfusional? _____ Qual: _____

Quantas gestações? G ____ P ____ A ____ Medicamentos em uso _____

Diagnósticos e Indicação Clínica: _____

Distúrbio de Coagulação? Sim Não Qual: _____

Solicitou Doadores?
 SIM NÃO

REQUISICÃO (VIDE VERSO)

ESPECIFICAÇÃO DO COMPONENTE

TIPO DE ATENDIMENTO / TRANSFUSÃO

O atendimento a esta solicitação dependerá dos estoques de sangue disponíveis na Agência Transfusional (AT). Caso não haja disponibilidade de algum hemocomponente específico solicitado, o médico da AT avaliará a possibilidade de adequação do atendimento.

ESPECIFICAÇÃO DO COMPONENTE	TIPO DE ATENDIMENTO / TRANSFUSÃO			
	Urgente (em 3 horas)	Rotina (em 24 horas)	Programada (acima de 24 horas) Data: ____/____/____ Hora: _____	Reserva cirúrgica
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS <input type="checkbox"/> Desleucocitado <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Fenotipado <input type="checkbox"/> Lavado	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS <input type="checkbox"/> Desleucocitado <input type="checkbox"/> Irradiado	_____ Unid.	_____ Unid.	_____ Unid.	_____ Unid.
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO CONGELADO	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO	_____ Unid.	_____ Unid.	_____ Unid.	_____ Unid.

Em caso de dúvidas na solicitação do hemocomponente, consulte o médico da Agência Transfusional.

CIRURGIA ____/____/____ ÀS ____ HORAS CIRURGIA PROPOSTA: _____

TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA – SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE (IMPORTANTE: VIDE VERSO) _____ ml de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

MÉDICO SOLICITANTE: (Nome legível / CRM ou Carimbo)

ASSINATURA

DATA:

Recebido por:

DATA: ____/____/____

HORA: _____

