



REQUISIÇÃO PARA ESTUDO IMUNOHEMATOLÓGICO

REIH

Rev. 3

INSTITUIÇÃO REQUISITANTE

Nome: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

REQUISIÇÃO

Nome do paciente sem abreviações:				CPF:	
Nome Social:				Data de Nascimento / /	
Nº do Prontuário	Unidade de Internamento	Leito	Sexo:	Grupo sanguíneo	
Hemoglobina	Data do Exame:	Data da Última Transfusão:		ABO:	RhD:
Diagnóstico:					
Medicamento em uso: _____					
Motivo da solicitação / Histórico do paciente / Resultados de exames encontrados pela unidade solicitante:					
EXAMES COMPLEMENTARES					
☐ Tipagem ABO / Rh(D)		☐ Painel de Hemácias			
☐ Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI)		☐ Coombs Direto			
☐ Fenotipagem Rh + Kell		☐ Outros _____			
☐ Fenotipagem Estendida (Duffy + Kidd + MNS)					
Data: / /		Assinatura e carimbo do médico ou profissional de nível superior responsável pela solicitação.			

OBSERVAÇÕES:

- ENVIO:** NO MÍNIMO 6 A 8 ML DE SANGUE TOTAL (EM TUBOS DE EDTA), COLETADOS PREFERENCIALMENTE NO MESMO DIA DO ENVIO. **CRIANÇAS DE ATÉ 4 MESES:** 1 TUBO COM EDTA (SE SOLICITADO ABO/RhD E TAD) E UM 1 TUBO SECO COM VOLUME MÍNIMO 2,0ML (SE PESQUISA DE ANTICORPO IRREGULAR).
- IDENTIFICAÇÃO TUBOS:** NOME COMPLETO DO PACIENTE SEM ABREVIÇÕES, NÚMERO DO PRONTUÁRIO, DATA DE NASCIMENTO, ASSINATURA LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA COLETA E DATA DA COLETA.
BANCO DE ÓRGÃOS: NOME COMPLETO DO PACIENTE SEM ABREVIÇÕES, CPF, ASSINATURA LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA COLETA E DATA DA COLETA.
- CONSERVAÇÃO:** AMOSTRAS NÃO ENVIADAS NO MESMO DIA, DEVERÃO SER REFRIGERADAS 2- 8 °C, LIVRE DE TREPIDAÇÃO PARA EVITAR HEMÓLISE, SENDO ACEITAS ATÉ 05(CINCO) DIAS APÓS COLETA.
- PREENCHER OBRIGATORIAMENTE TODOS OS CAMPOS.**

PARA USO DO LABORATÓRIO – INTERCORRÊNCIAS:

RECEBIDO POR:

DATA/HORA: