

*** OS CAMPOS DE 1 AO 7 DEVERÃO SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDOS. O NÃO PREENCHIMENTO RECORRE NA DEVOLUÇÃO DA SOLICITAÇÃO E ATRASO NO ENVIO DOS HEMOCOMPONENTES.**

*** AS ORIENTAÇÕES REFERENTES À: - ORIENTAÇÕES PARA REAÇÃO TRANSFUSIONAL E O - TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUÇÃO DE EMERGÊNCIA ENCONTRAM – SE NO VERSO.**

Identificação	Hospital/Unidade de Saúde:		Telefone de contato da Unidade:		Data	Hora	
	Nome do Paciente (completo e legível)					CPF:	
	Nome social (completo e legível)			Nome da Genitora (completo e legível)			
	Unidade / Enfermaria	Leito	Prontuário	<input type="checkbox"/> Cartão SUS		<input type="checkbox"/> Convênio <u>especifique</u> :	

Endereço	Endereço de residência do paciente				Nº	Bairro
	CEP	Estado de origem	Município de origem	IBGE (município)	Código de Etnia (pacientes indígenas)	

Clínica	Nascimento	Sexo	Peso	Raça	Ht	Hb	Plaq.	TP/ TTPA	Diagnóstico
	Antecedente transfusional? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Antecedentes obstétricos? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Reação transfusional prévia? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Especifique:			Indicação transfusional	

Hemoterapia	Fenotipagem (incluir apenas antígenos negativos conforme prontuário)					
	Produto		Nº unidades ou volume (mL)		Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente	
	<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem	<input type="checkbox"/> filtração	<input type="checkbox"/> irradiação	<input type="checkbox"/> lavagem
	<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO		<input type="checkbox"/> aliquotagem			
	<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem	<input type="checkbox"/> filtração	<input type="checkbox"/> irradiação	
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPTADO						

Programação	Modalidade de transfusão:	<input type="checkbox"/> Programada	Data:	Hora:
		<input type="checkbox"/> Rotina (em até 24h)	<input type="checkbox"/> Urgência (em até 3h)	<input type="checkbox"/> Emergência (retardo da transfusão acarreta risco à vida)

OBSERVAÇÃO: CASO HAJA ACORDO ENTRE AS PARTES SOBRE ALTERAÇÕES E/OU MODIFICAÇÕES DOS HEMOCOMPONENTES, REGISTRAR NO CAMPO DE OBSERVAÇÃO NO VERSO DESTA SOLICITAÇÃO.

Responsável	Nome do médico solicitante (legível) + CRM + assinatura + telefone OU Carimbo (legível) + assinatura + telefone	Responsável pela coleta da amostra (assinatura legível)	Dupla checagem na identificação da amostra coletada (assinatura legível)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPO

Autorizo transfusão de hemocomponentes heterogupo compatível para o(a) paciente acima identificado.

Nome do médico solicitante (**legível**) + CRM + assinatura + telefone
OU
Carimbo (**legível**) + assinatura + telefone

TEMPERATURA DE RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS:

DATA: _____ **RESPONSÁVEL:** _____

HORÁRIO DE RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS:

DATA: _____ **RESPONSÁVEL:** _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

Comprovante de Entrega	Hospital/Unidade de Saúde		Telefone de contato da Unidade:		Data	Hora
	Nome do Paciente/Nome social (legível)				Unidade/ Enfermaria	
	Produto		Nº unidades ou volume (mL)		Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente	
	<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem	<input type="checkbox"/> filtração	<input type="checkbox"/> irradiação	<input type="checkbox"/> lavagem
	<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO		<input type="checkbox"/> aliquotagem			
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem	<input type="checkbox"/> filtração	<input type="checkbox"/> irradiação		
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPTADO						

Responsável pelo recebimento:

Data

Hora

ORIENTAÇÕES PARA REAÇÃO TRANSFUSIONAL

1. INTERROMPER A TRANSFUÇÃO IMEDIATAMENTE - FECHANDO COM A PINÇA ROLETE DO EQUIPO E MANTENHA O ACESSO SALINIZADO.
2. AFERIR SINAIS VITAIS (SSVV) E CHECAR SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS E REFERIDOS PELO PACIENTE, ANOTANDO INFORMAÇÕES COLHIDAS E SSVV NO PRONTUÁRIO - MONITORAR EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE.
3. CHAMAR O MÉDICO IMEDIATAMENTE.
4. MANTER VEIA PÉRVIA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9% OU CONFORME ORIENTAÇÃO DO MÉDICO.
5. CASO CONSTATADA REAÇÃO TRANSFUSIONAL PELO MÉDICO, RECOLHER O HEMOCOMPONENTE, DEIXANDO O ROLETE DO EQUIPO DE TRANSFUÇÃO FECHADO E NA PONTA COLOCAR UM DISPOSITIVO (TIPO COMBI RED) E ENCAMINHAR O HEMOCOMPONENTE (DENTRO DE UM SACO PLÁSTICO), SOB REFRIGERAÇÃO EM CAIXA TÉRMICA, PARA A UNIDADE DA HEMOBA QUE REALIZOU O PREPARO DO HEMOCOMPONENTE. ANTES DE ENCAMINHAR CHECAR, NOVAMENTE, OS DADOS DO RECEPTOR PRESENTES NA ETIQUETA DE RECEPTOR AFIXADA NO HEMOCOMPONENTE COM OS DADOS TRANSCRITOS NA ETIQUETA DO HEMOCOMPONENTE QUE ESTAVA SENDO TRANSFUNDIDA E NA GUIA DE FORNECIMENTO. NÃO DESCARTAR O HEMOCOMPONENTE MESMO QUE O HEMOCOMPONENTE TENHA SIDO TODO TRANSFUNDIDO.
6. COLHER AMOSTRA DE SANGUE DO PACIENTE (1 TUBO SEM ANTICOAGULANTE COM OU SEM GEL E 1 TUBO EDTA) E ENCAMINHAR PARA A UNIDADE DA HEMOBA QUE REALIZOU O PREPARO DO HEMOCOMPONENTE.
7. O MÉDICO DEVERÁ PREENCHER CORRETAMENTE A FICHA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL PARA O ENVIO JUNTO COM AS AMOSTRAS E A BOLSA DO HEMOCOMPONENTE . DEVERÁ, TAMBÉM, REGISTRAR A OCORRÊNCIA EM PRONTUÁRIO MÉDICO.
8. CASO TENHA REALIZADO ALGUMA MEDICAÇÃO COLOCAR NO CAMPO DE EVOLUÇÃO E CONDUTAS DA FICHA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL.
9. SE REAÇÃO TRANSFUSIONAL FEBRIL - COLHER AMOSTRA PARA HEMOCULTURA DO PACIENTE E ENCAMINHAR PARA O LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE. A HEMOCULTURA DO HEMOCOMPONENTE FICARÁ SOB A RESPONSABILIDADE DA UNIDADE DA HEMOBA QUE REALIZOU O PREPARO DO HEMOCOMPONENTE.
10. REALIZAR O REGISTRO DA NOTIFICAÇÃO NO NOTIVISA PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA PELA UNIDADE TRANSFUSORA.

OBSERVAÇÃO: TODA REAÇÃO TRANSFUSIONAL DEVERÁ SER COMUNICADA E ENCAMINHADA AS AMOSTRAS (POS-TRANSFUÇÃO) E O HEMOCOMPONENTE PARA O LOCAL QUE FORNECEU O HEMOCOMPONENTE PARA REPETIÇÕES DOS TESTES PRÉ E PÓS -TRANSFUSIONAIS ACOMPANHADO DO FORMULÁRIO APROPRIADO , O QUAL ENCONTRA-SE NO SITE DA FUNDAÇÃO HEMOBA.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUÇÃO DE EMERGÊNCIA

Autorizo ao serviço de hemoterapia o fornecimento de concentrado de hemácias (CH) em caráter de emergência para o(a) paciente acima identificado antes da conclusão dos testes pré-transfusoriais, pois o retardo da transfusão pode acarretar risco à vida do(a) mesmo(a). Conforme legislação vigente, afirmo conhecer o risco de tal procedimento e concordo com a realização do mesmo.

Nome do médico solicitante (**legível**) + CRM + assinatura + telefone
OU

Carimbo (**legível**) + assinatura + telefone

Nota: O envio do hemocomponente não implica na interrupção dos testes pré-transfusoriais que devem continuar a ser realizados.

Nos casos em que não houver o envio de amostras, estas devem ser obrigatoriamente encaminhadas assim que possível (ou estabilidade do paciente) para a realização dos testes.

HEMOCOMPONENTES AINDA NÃO FORNECIDOS

Produto	Quantidade pendente	Data atual	Observação