

|                                                                                  |                                                     |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|
|  | <b>FORMULÁRIO</b>                                   | Rev. 1        |
| STH                                                                              | <b>SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES</b> | Pág.<br>1 / 2 |

**\* 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 TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA ENCONTRAM – SE NO VERSO.**

1

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> : |      |

2

Endereço

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

3

Clinica

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

4

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                              |                            |                                                           |                                    |                                                                      |

5

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.**

6

Responsável

|                                                                                                                                         |                                                                  |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Nome do médico solicitante ( <b>legível</b> ) + CRM + assinatura + telefone<br>OU<br>Carimbo ( <b>legível</b> ) + assinatura + telefone | Responsável pela coleta da amostra ( <b>assinatura legível</b> ) | Dupla checagem na identificação da amostra coletada ( <b>assinatura legível</b> ) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPO</b>                                                                   |  |
| Autorizo transfusão de hemocomponentes heterogupo compatível para o(a) paciente acima identificado.                                     |  |
| Nome do médico solicitante ( <b>legível</b> ) + CRM + assinatura + telefone<br>OU<br>Carimbo ( <b>legível</b> ) + assinatura + telefone |  |

7

Comprovante de Entrega

7

Temperatura de Recebimento das Amostras:

|       |              |
|-------|--------------|
| DATA: | RESPONSÁVEL: |
|-------|--------------|

7

Horário de Recebimento das Amostras:

|       |              |
|-------|--------------|
| DATA: | RESPONSÁVEL: |
|-------|--------------|

7

Preenchimento Obrigatório pela Unidade Requisitante (letra legível)

|                                                   |                            |                                                           |                                    |                                     |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 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 |
|-------------------------------|------|------|

|                                                                                  |                                                     |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|
|  | <b>FORMULÁRIO</b>                                   | Rev. 1        |
| STH                                                                              | <b>SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES</b> | Pág.<br>2 / 2 |

| ORIENTAÇÕES PARA REAÇÃO TRANSFUSIONAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                    | INTERROMPER A TRANSFUSÃO 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 TRANSFUSÃO 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 O 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVAÇÃO:</b> TODA REAÇÃO TRANSFUSIONAL DEVERÁ SER COMUNICADA E ENCAMINHADA AS AMOSTRAS (POS-TRANSFUSÃO) 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 TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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-transfusionais, 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.</p> |
| <p>Nome do médico solicitante <b>(legível)</b> + CRM + assinatura + telefone<br/> OU<br/> Carimbo <b>(legível)</b> + assinatura + telefone</p>                                                                                                                                                                                                                                                    |

**Nota:** O envio do hemocomponente não implica na interrupção dos testes pré-transfusionais 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.

|                    |
|--------------------|
| <b>OBSERVAÇÃO:</b> |
|--------------------|

| HEMOCOMPONENTES AINDA NÃO FORNECIDOS |                     |            |            |
|--------------------------------------|---------------------|------------|------------|
| Produto                              | Quantidade pendente | Data atual | Observação |
|                                      |                     |            |            |
|                                      |                     |            |            |
|                                      |                     |            |            |
|                                      |                     |            |            |

Pendências