

	FORMULÁRIO	Rev. 1
TTII	TERMO PARA TRANSFUSÃO INCOMPATÍVEL E/OU INCONCLUSIVA	Pág. 1 / 1

Conforme legislação vigente:

“Art. 189.

§ 3º A transfusão de hemocomponentes com teste de compatibilidade "Inconclusivo" ou "Incompatível" será restrita a situações de urgência e emergência em que o quadro clínico não permita aguardar a conclusão do estudo imuno-hematológico, e ficará condicionada:

I - à autorização expressa do médico assistente, após orientação sobre o risco de hemólise e a necessidade de medicação pré-transfusional; e

II- ao acompanhamento clínico e laboratorial do paciente após a transfusão, para monitoramento de eventual reação transfusional.”

Eu, Dr (a) _____ CRM Nº _____,

estou ciente dos riscos e autorizo a transfusão de Concentrado de Hemácias com a Pesquisa de Anticorpos Irregulares (P.A.I) Positivo com Prova Cruzada **INCOMPATÍVEL E/OU INCONCLUSIVA**,
diante do quadro clínico do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____, Registro: _____,

Leito: _____, Enfermaria: _____, Diagnóstico: _____.

Data: _____ / _____ / _____.

Nome do médico solicitante (legível) + CRM + assinatura.

OU

Carimbo (legível) + assinatura.