

	TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES COM EQUIVALENCIA ANTIGÊNICA PARCIAL	TATHEAP
		Rev. 0

Eu, Dr(a) _____ CRM Nº _____, estou ciente dos riscos e autorizo a transfusão de Concentrado de Hemácias com equivalência antigênica parcial do _____ diante do quadro clínico do paciente citado abaixo:

Paciente: _____, Grupo Sanguíneo: _____

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

Enfermaria: _____, Diagnóstico: _____.

FENOTIPAGEM DO PACIENTE																	
D	C	C ^w	c	E	e	K	K ₂	Kp ^a	Kp ^b	Jk ^a	Jk ^b	M	N	S	s	Fy ^a	Fy ^b

FENOTIPAGEM DO HEMOCOMPONENTE disponível com Grupo Sanguíneo: _____

FENOTIPAGEM DO HEMOCOMPONENTE																	
D	C	C ^w	c	E	e	K	K ₂	Kp ^a	Kp ^b	Jk ^a	Jk ^b	M	N	S	s	Fy ^a	Fy ^b

Data e Assinatura e carimbo (ou CRM) do médico responsável

☐ NÃO AUTORIZO.

Data e Assinatura e carimbo (ou CRM) do médico responsável

LEGENDA:

P=Positivo

N=Negativo

***= Não realizado**