

| | | |
|---|---|-------|
|  | SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES | STH |
| | | Rev.4 |

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

| | | | | | | |
|----------|------------------------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------------------------|--------|
| 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 | ± | TP | Plaq. | TP/TPA | 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"/> alíquotagem | | <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação <input type="checkbox"/> lavagem | |
| | <input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO | | | | | <input type="checkbox"/> alíquotagem | | | |
| | <input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS | | | | | <input type="checkbox"/> alíquotagem | | <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação | |
| <input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------|--|--|-----------|--|--|--|---|--|
| Programação | Modalidade de transfusão: <input type="checkbox"/> Programada <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) | | | | | | | |
| | Observações: | | | | | | | |
| | Produto | | Produto | | Produto | | Produto | |
| | Data/Hora | | Data/Hora | | Data/Hora | | Data/Hora | |
| | 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

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-transfusionalis, 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-transfusionalis, que devem continuar a ser realizados

OBSERVAÇÃO: PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS DE ACORDO COM O MANUAL DO CLIENTE

TEMPERATURA DE RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS:

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"/> alíquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação <input type="checkbox"/> lavagem | |
| | <input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO | | | | | <input type="checkbox"/> alíquotagem | |
| <input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS | | | | | <input type="checkbox"/> alíquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação | | |
| <input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO | | | | | | | |

| | | |
|------------------------------|------|------|
| Responsável pelo recebimento | Data | Hora |
|------------------------------|------|------|

| | | |
|---|---|-------|
|  | SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES | STH |
| | | Rev.4 |

PÁGINA RESERVADA AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: Paciente

| Grupo sanguíneo | Fator Rh | D fraco | P.A.I.* | Auto-controle | Coombs Direto | Fenotipagem |
|-----------------|----------|---------|---------|---------------|---------------|-------------|
| | | | | | | |

* P.A.I. Pesquisa de Anticorpos Irregulares.

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: HEMOCOMPONENTE(S) E PROVA(S) DE COMPATIBILIDADE

| Nº da bolsa de sangue | Sigla do produto | Validade | ABO/Rh | Prova de compatibilidade | Data + nome do técnico (legível) ou carimbo |
|-----------------------|------------------|----------|--------|---|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO | |
| | | | | <input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO | |
| | | | | <input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO | |
| | | | | <input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO | |
| | | | | <input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO | |
| | | | | <input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO | |

Exames pré-transfusionais

EM CASO DE RECEM-NASCIDOS (CRIANÇAS ATÉ 04 MESES)

| | | | | | | |
|---|----------|---------|---------|---------------|---------------|-------------|
| Nome da genitora (mãe) (completo e legível) | | | | | | |
| Grupo sanguíneo | Fator Rh | D fraco | P.A.I.* | Auto-controle | Coombs Direto | Fenotipagem |
| | | | | | | |
| Outros exames | | | | | | |
| Observações | | | | | | |

Dados da genitora

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

CARIMBO "Check list" (conforme protocolo da HEMOBA)

| | | |
|---|------|------|
| Nome do técnico responsável pela expedição (legível) | Data | Hora |
| Nome do técnico responsável pelo transporte (legível) | | |

HEMOCOMPONENTES AINDA NÃO FORNECIDOS

| Produto | Qtd. pendente | Data atual | Observação |
|---------|---------------|------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Pendências

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