

|                                                                                  |  |                                          |           |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|-----------|---------------|
|  |  | <b>FICHA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL- AT</b> |           | <b>FRT</b>    |
|                                                                                  |  |                                          |           | <b>Rev. 0</b> |
| NOME DO PACIENTE:                                                                |  |                                          | IDADE:    | SEXO:         |
| NOME SOCIAL:                                                                     |  |                                          | REGISTRO: | IDENTIDADE:   |
| NOME DA GENITORA:                                                                |  |                                          |           |               |
| Nº CARTÃO DO SUS:                                                                |  | DATA DE NASCIMENTO:                      |           |               |
| PROFISSÃO:                                                                       |  | DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:                 |           |               |
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:                                                |  | SETOR ONDE OCORREU A TRANSFUSÃO:         |           |               |
| TELEFONE DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:                                                |  | Nº NOTIFICAÇÃO DO NOTIVISA:              |           |               |

| CONDUTA NA 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 INFORMAÇÕESCOLHIDAS 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 TRANSFUCIONAL PELO MÉDICO, RECOLHER BOLSA DO HEMOCOMPONENTE, DEIXANDO O ROLETE DO EQUIPO DE TRANSFUSÃO FECHADO E NA PONTA COLOCAR UM DISPOSITIVO (TIPO COMBI RED) E ENCAMINHAR A BOLSA DO HEMOCOMPONENTE (DENTRO DE UM SACO PLASTICO), SOB REFRIGERAÇÃO EM CAIXA TÉRMICA, PARA A UNIDADE DA HEMOBA QUE REALIZOU O PREPARO DA BOLSA DO HEMOCOMPONENTE. ANTES DE ENCAMINHAR CHECAR, NOVAMENTE, OS DADOS DO RECEPTOR PRESENTES NA ETIQUETA DE RECEPTOR AFIXADA NA BOLSA DO HEMOCOMPONENTE COM OS DADOS TRANSCRITOS NA ETIQUETA DA BOLSA DO HEMOCOMPONENTE QUE ESTAVA SENDO TRANSFUNDIDA E NA GUIA DE FORNECIMENTO. NÃO DESCARTAR A BOLSA DO HEMOCOMPONENTE MESMO QUE O HEMOCOMPONENTE TENHA SIDO TODO TRANSFUNDIDO. |
| 6.                              | COLHER AMOSTRA DE SANGUE DO PACIENTE (1 TUBO SECO E 1 TUBO EDTA) E ENCAMINHAR PARA A UNIDADE DA HEMOBA QUE REALIZOU O PREPARO DA BOLSA 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 DA BOLSA FICARÁ SOB A RESPONSABILIDADE DA UNIDADE DA HEMOBA QUE REALIZOU O PREPARO DA BOLSA DE HEMOCOMPONENTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 10.                             | REALIZAR O REGISTRO DA NOTIFICAÇÃO NO NOTIVISA PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| DESCREVA DETALHADAMENTE O EVENTO ADVERSO |  |
|------------------------------------------|--|
|                                          |  |
|                                          |  |
|                                          |  |
|                                          |  |
|                                          |  |
|                                          |  |
|                                          |  |
|                                          |  |
|                                          |  |
|                                          |  |

| SINAIS E SINTOMAS // DADOS TRANSFUSIONAIS                                                                                                                                            |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| †<br>( ) ANSIEDADE<br>( ) CALAFRIO<br>† ( ) CHOQUE<br>( ) TOSSE<br>( ) TREMORES<br>( ) EDEMA AGUDO DE PULMÃO                                                                         | ( ) †CIANOSE<br>( ) DISPNEIA<br>† ( ) DOR ABDOMINAL<br>( ) HIPERTENSÃO<br>( ) TAQUICARDIA |
| ( ) †DOR TORÁCICA<br>† ( ) DOR LOMBAR<br>( ) ERITEMA<br>( ) HIPOTENSÃO<br>( ) TAQUIPNÉIA<br>( ) OUTROS: _____                                                                        | ( ) PRURIDO<br>( ) URTICÁRIA<br>( ) FEBRE<br>( ) PÁPULAS<br>( ) ICTERÍCIA                 |
| ( ) HEMOGLOBINÚRIA<br>( ) †ROUQUIDÃO<br>( ) NÁUSEAS<br>( ) VÔMITOS<br>( ) SOROCONVERSÃO                                                                                              |                                                                                           |
| SSVV PRÉ-TRANSFUSIONAIS: HORA: _____ T: _____ °C P: _____ BPM PA: _____ MMHG SPO2: _____<br>SSVV PÓS-TRANSFUSIONAIS: HORA: _____ T: _____ °C P: _____ BPM PA: _____ MMHG SPO2: _____ |                                                                                           |
| INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO: _____                                                                                                                                                       |                                                                                           |
| DATA DA REAÇÃO: _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____                                                                                                                            |                                                                                           |

TIPO DE HEMOCOMPONENTE:\_\_\_\_\_ VOLUME TRANSFUNDIDO:\_\_\_\_\_ml.

Nº DO HEMOCOMPONENTE: \_\_\_\_\_

DATA DA ÚLTIMA TRANSFUSÃO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TIPO DE REAÇÃO: AGUDA ( )TARDIA ( )†

REAÇÃO: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO/GRAVIDADE: GRAU I - LEVE ( ) GRAU II - MODERADO ( ) GRAU III - GRAVE ( ) GRAU IV - ÓBITO ( )

C  
A  
M  
P  
O  
D  
A  
H  
E  
M  
O  
B  
A

EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

| AMOSTRA DO TUBO COLETOR OU DA BOLSA DO HEMOCOMPONENTE |                 |      |         |        |        |                   | PROVAS DE COMPATIBILIDADE |     |                    |     |
|-------------------------------------------------------|-----------------|------|---------|--------|--------|-------------------|---------------------------|-----|--------------------|-----|
| BOLSA/<br>NÚMERO                                      | DATA/<br>COLETA | GRAM | CULTURA | ABO Rh | P.A.I. | TESTE<br>HEMÓLISE | PRÉ -TRANSFUSIONAL        |     | PÓS -TRANSFUSIONAL |     |
|                                                       |                 |      |         |        |        |                   | GEL                       | PEG | GEL                | PEG |
|                                                       |                 |      |         |        |        |                   |                           |     |                    |     |
|                                                       |                 |      |         |        |        |                   |                           |     |                    |     |

AMOSTRA DO PACIENTE

| ABO/Rh(D) |  | COOMBS DIRETO |  | AUTO CONTROLE |  | TESTE DE COMPATIBILIDADE |  |
|-----------|--|---------------|--|---------------|--|--------------------------|--|
| PRÉ _____ |  | PRÉ _____     |  | PRÉ _____     |  | PRÉ _____                |  |
| PÓS _____ |  | PÓS _____     |  | PÓS _____     |  | PÓS _____                |  |

EVOLUÇÃO E CONDUTA TERAPEUTICA

OBSERVAÇÃO

CONCLUSÃO

DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_