

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Av. Rui Barbosa, 158 – Centro – Cep: 37.002-140 – Varginha/MG – Fone: (35) 3690-2800 – Fax: (35) 3690-2824

IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÕES DE TRANSFUSÃO

Paciente: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ CEP: _____ TEL: () _____

Prontuário: _____ Apto/Leito: _____ Raça / Cor / Etnia: _____

Município de residência : _____

Internação:

☐ SIH – SUS – Nº AIH _____☐ Convênio: _____ Registro: _____☐ Particular

Hemoglobina: _____ g/dL Hematócrito: _____ % Plaquetas: _____ /mm3

Recebeu transfusão? ☐ NÃO ☐ SIM | Quando?(última) _____ | Onde? _____Reação transfusional? ☐ NÃO ☐ SIM | Tipo: _____ Quantas gestações? G ____ P ____ A ____

Diagnósticos e indicação clínica: _____

Distúrbio de coagulação? ☐ NÃO ☐ SIM | Qual: _____ Solicitou doadores: ☐ NÃO ☐ SIM**REQUISIÇÃO (VIDE VERSO)****ESPECIFICAÇÃO DO COMPONENTE**

O atendimento a esta solicitação dependerá dos estoques de sangue disponíveis na Agência Transfusional (AT). Caso não haja disponibilidade de algum hemocomponente específico solicitado, o médico da AT avaliará a possibilidade de adequação do atendimento.

☐ CLASSIFICAÇÃO SANGÜÍNEA + PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (CS + PAI)☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (300ml)☐ Desleucocitado
☐ Fenotipado☐ Irradiado
☐ Lavado☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS☐ Desleucocitado☐ Irradiado☐ PLASMA FRESCO CONGELADO (200ml)☐ CRIOPRECIPITADO**TIPO DE ATENDIMENTO / TRANSFUSÃO**URGENTE
(em 3 horas)ROTINA
(em 24 horas)PROGRAMADA
(acima de 24 horas)

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

RESERVA
CIRÚRGICA *

_____ ml

_____ ml

_____ ml

_____ ml

_____ Unid.

_____ Unid.

_____ Unid.

_____ Unid.

_____ ml

_____ ml

_____ ml

_____ ml

_____ Unid.

_____ Unid.

_____ Unid.

_____ Unid.

Em caso de dúvidas na solicitação do hemocomponente, consulte o médico da Agência Transfusional.

☐ * CIRURGIA ____/____/____ ÀS ____ H | CIRURGIA PROPOSTA: _____☐ TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA → SEM TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS (IMPORTANTE: VIDE VERSO) _____ ML DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

MÉDICO SOLICITANTE: (Nome legível / CRM ou Carimbo)

ASSINATURA:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

RECEBIDO POR:

DATA: ____/____/____

HORA: _____

