

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: _____

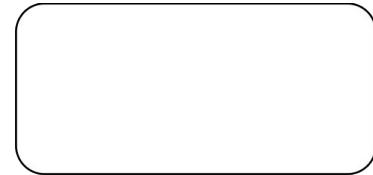
Município de residência : _____

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 SANGUÍNEA + PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (CS + PAI)

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (300ml)

Desleucocitado Irradiado
 Fenotipado Lavado

TIPO DE ATENDIMENTO / TRANSFUSÃO

URGENTE
(em 3 horas)

ROTINA
(em 24 horas)

PROGRAMADA
(acima de 24 horas)

Data: ____/____
Hora: ____:

RESERVA
CIRÚRGICA *

CONCENTRADO DE PLAQUETAS

Desleucocitado Irradiado

PLASMA FRESCO CONGELADO (200ml)

_____ ml

_____ ml

_____ ml

_____ ml

CRIOPRECIPITADO

_____ 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: _____

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS E DE REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA, SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE

De acordo com a **Portaria MS nº 5/2017**, devido à gravidade do estado de saúde e risco de morte por atraso ou não transfusão no paciente identificado, **AUTORIZO** a liberação dos hemocomponentes prescritos antes do término dos testes pré-transfusionais. Declaro estar ciente dos riscos e possíveis consequências advindas dessa transfusão. **ASSINATURA OBRIGATÓRIA PARA ATENDIMENTO À SOLICITAÇÃO!**

Médico requisitante, ciente e de acordo:

NOME E CRM LEGÍVEIS (OU CARIMBO) E ASSINATURA

Descrição dos Hemocomponentes			
Componente	Composição	Volume Aprox.	Indicação
Concentrado de hemácias (CH)	Hemácias; plasma em pequeno volume; $2000\text{--}3\,000 \times 10^6$ leucócitos residuais	270 ml	Restabelecer a capacidade de transporte de O ₂ e a massa eritrocitária.
CH desleucocitado	Hemácias; $< 1 \times 10^6$ leucócitos residuais;	250 ml	RN, pacientes politransfundidos, hemoglobinopatias, exsanguíneo-transfusão, pacientes CMV negativos, candidatos a TMO ou c/ reações febris recorrentes, transfusão intrauterina.
CH lavado	Hemácias, proteínas $< 0,5$ g/ unidade, SF 0,9%	250 ml	Pacientes que apresentam reações alérgicas graves
CH com camada leuco-plaquetária removida	Hemácias, $< 1200 \times 10^6$ leucócitos residuais, solução aditiva	270 ml	Pacientes que apresentam reações alérgicas ou reações febris
CH Irradiado	Hemácias; plasma em pequeno volume; linfócitos T resíduais inativados	270 ml	Pacientes submetidos a transplante de medula óssea, transfusão intrauterina, exsanguíneo- transfusão, RN < 1200 g, aplasia de medula óssea, doador consanguíneo.
Concentrado de plaquetas (CP)	$> 5,5 \times 10^{10}$ de plaquetas / unidade; plasma, $< 200 \times 10^6$ leucócitos e hemácias residuais	40 – 70 ml	Sangramento ativo com plaquetopenias por deficiência medular ou trombocitopatias congênitas. Preparo para procedimentos invasivos em pacientes plaquetopênicos.
Plaquetaferese (CPAF)	$> 3,0 \times 10^{11}$ plaquetas; $< 1 \times 10^6$ leucócitos residuais; plasma	≥ 200 ml	Politransfundidos, refratários a CP, candidatos a TMO, reação transfusional febril, pacientes CMV negativos
Pool de Conc. de Plaquetas	$> 3,0 \times 10^{11}$ plaquetas; 250×10^6 leucócitos T residuais; plasma	300 ml	Uma bolsa equivale a dose terapêutica para adulto (> 40 Kg) de conc. de plaquetas
CP desleucocitado	$< 1 \times 10^6$ leuc (pool ou CPAF) ou $< 0,83 \times 10^6$ leuc (CP)	Vide acima	Indicações semelhantes ao CH desleucocitado
CP irradiado	Linfócitos T residuais inativados	Vide acima	Indicações semelhantes ao CH irradiado.
Plasma fresco congelado (PFC)	Todos os fatores da coagulação sanguínea	≥ 150 ml	Sangramento ativo ou preparo pré operatório na deficiência de fatores de coagulação.
Crioprecipitado (CRIo)	80 a 100 UI de fator VIII, 20% a 30% de fator XIII, 150 a 300 mg de fibrinogênio, 40% a 70% de fator von Willebrand.	10 – 20 ml	Reposição de fator Von Willebrand (quando o concentrado específico não é disponível) e de fibrinogênio.

ESPAÇO RESERVADO EXCLUSIVAMENTE PARA USO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____ DATA: ____ / ____ / ____
RESPONSÁVEL PELOS TESTES: _____ DATA: ____ / ____ / ____
RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA: _____ DATA: ____ / ____ / ____
FATURAMENTO DE EXAMES: _____ DATA: ____ / ____ / ____
N° da amostra: _____
PAI 1 e 2: _____ PC: _____
TAD: _____ AC: _____

Elaboração: Ruan Augusto Domiciano de Assis, 01/08/2020. **Revisão:** Não informado., Não informado. **Aprovação:** Ricardo David Frota - RT Ag Transfusional - 14/11/2024