



FORMULÁRIO – Agência Transfusional

FICHA DO RECEPTOR

Código: F.HABF.117

Versão: 00

Elaboração: 20/12/2022

Nome completo do paciente: _____ Prontuário: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: F M Mãe: _____ RG/CPF: _____ Telefone : (____) _____

End.: _____ N°: ____ Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____

Transfusão prévia: Não Sim Quando: _____Reação Transfusional: Não Sim Qual: _____Médico Responsável: _____ CRM: _____ Procedimentos especiais: Filtrado Irrradiado Fenotipado Aquecido

Observações: _____

ABO/RhD direta				ABO reversa		Grupo Sanguíneo (TUBO)
A	B	D	Ctl	A1	B	

Pesquisa D fraco: () Não () Sim Resultado: _____ PAI (tubo): I: ____ II: ____

ABO/RhD direta					ABO reversa		Grupo Sanguíneo (GEL)
A	B	AB	D	Ctl	A1	B	

Pesquisa D fraco: () Não () Sim Resultado: _____ PAI (gel): I: ____ II: ____

ASSINATURA RESPONSÁVEL: _____ DATA: ____/____/____

Data	Nº identificação	Hemocomponente	Em caso de reações transfusionais, quais condutas foram adotadas?	Técnico

